ANNO XXIX Roma, 26 Giugno 1922 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Un nuovo metodo chimico per la ricerca della bilirubina, con speciale applicazione allo studio della bilirubinemia

pel prof. GIUSEPPE SABATINI.

I.

Lo studio degli itteri è stato negli ultimi anni ovunque ripreso con larghezza ed interesse, e tutti i ricercatori che vi si sono dedicati hanno in prima linea sentito il bisogno di avere a disposizione reazioni chimiche precise, specifiche e di facile maneggio, quali invece, purtroppo, in questo campo spesso o mancano del tutto o non posseggono i necessari requisiti.

In tali condizioni appunto ci si trova di fronte ai pigmenti biliari.

Dei pigmenti biliari sono finora più o meno bene conosciuti e identificati la bilirubina, la biliverdina, la bilifuxina, la biliprasina, la bilicianina, la coleprasina, la coletelina, la coloematina e la bilipurpurina. Non è peranco assodato se tutti questi pigmenti altro non siano che prodotti colorati, derivanti dall'ossidazione più o meno avanzata di un'unica sostanza madre, la bilirubina. Ad ogni modo i pigmenti biliari, che più direttamente interessano la patologia umana sono la bilirubina e la biliverdina, le quali, avendo funzione acida, si trovano sotto forma di bilirubinato e biliverdinato d'alcali. Quest'ultimo, che per il suo speciale colorito più si presta per le reazioni chimiche, pare debba senz'altro considerarsi come un prodotto di ossidazione della bilirubina.

Per rilevare in biochimica la presenza di pigmenti biliari si ricorre alle loro proprietà chimiche o fisiche (colore, solubilità, strie d'assorbimento, ecc.), e la tecnica adoperata varia a seconda dei mezzi organici, nei quali detti pigmenti vanno ricercati: così un metodo che può valere per la ricerca chimica della bilirubina nella bile, non è generalmente applicabile nell'orina o rispettivamente nel sangue, oppure esso richiede prima determinate operazioni chimiche (estrazione, precipitazione, ecc.).

Le reazioni generali finora usate per i pigmenti biliari sono molte. La più antica reazione nota è quella di Gmelin, coll'acido nitroso-nitrico. La reazione di Hammarsten richiede l'uso di un reattivo che deve esser lasciato invecchiare, prima dell'uso, possibilmen-

te per un anno, e che è costituito da acido nitrico, acido cloridrico e alcool. La reazione di Huppert si esegue facendo agire a caldo l'alcool cloridrico sul precipitato della bilirubina alcalina ottenuto mediante latte di calce, o cloruro di calcio più ammoniaca, o colruro di bario. Di questa reazione esiste la modificazione di Nakayama. Vanno ricordate ancora le prove della tintura di iodio di Trousseau e di Rosin, la prova della colecianina di Stockvis, mediante la soluzione di acetato di zinco più ammoniaca, ed infine la prova di Ehrlich-Pröscher che porta alla produzione di un azocolore (azobilirubina).

Una vasta letteratura dimostra i pregi e gli inconvenienti, i limiti di applicabilità e le cause di errore di ciascuno di questi metodi.

Essendosi lo studio moderno degli itteri orientato verso la ricerca della bilirubina nel sangue, si è cercato con particolare interesse, di ottenere un metodo, che permettesse con sicurezza l'identificazione della bilirubina in un ambiente, quale è quello rappresentato del siero di sangue. Vari metodi sono stati proposti a questo scopo: essi sono elencati nella rivista di Posselt (Zentralbl. f. inn. Med., 1907, n. 20).

Una siffatta reazione perchè sia perfetta deve possedere i seguenti quesiti: 1) essere applicabile ad un liquido ricco di albumina, qual'è il siero di sangue; 2) avere una grande sensibilità, per rilevare le quantità minime della bilirubinemia fisiologica; 3) richiedere piccole quantità di materiale da esaminare.

Orbene se si considerano le reazioni finora proposte per lo studio della bilirubinemia si vede come esse non siano rispondenti o all'uno o all'altro dei requisiti richiesti.

Cercando di eleminare tutte le cause di errore, io sono giunto ad una reazione che permette di rivelare la bilirubina in modo semplice e sicuro, e che è adattabile particolarmente alle condizioni richieste quand'essa sia presente nel siero di sangue.

Tecnica della reazione: Sono necessari i seguenti reagenti, che vanno conservati separati:

LIQUIDO I. — 12 cc. di acido cloridrico puro sono messi in un palloncino tarato; si aggiunge acqua distillata fino a completare il volume di 100 cc. Questo liquido si mantiene indefinitivamente.

LIQUIDO II. — Soluzione di nitrito di sodio all'1 %. Dopo qualche mese dalla preparazione, si consiglia di rinnovare questo liquido.

Al momento dell'uso si prepara il reattivo, unendo i due liquidi nel modo seguente: in un tubo graduato si misurano 30 cc. di Liquido I e vi si lascia cadere, mediante una pipetta graduata, 1/2 cc. di Liquido II. Si agita ed il reattivo è pronto; esso però dopo alcune ore si altera, e va quindi preparato nuovamente fresco, ciò che si fa in pochi istanti.

La reazione si esegue aggiungendo a cc. 1-1 1/2 di liquido da esaminare (soluzione acquosa alcalina di bilirubina o siero di sangue) cc. 0,3-0,4 del reattivo. In presenza di bilirubina si ottiene immediatamente una colorazione verde-chiaro, che in circa un minuto diviene verde-scuro, e poi vira al verde bleu: dopo aver raggiunto un massimo di intensità, lentamente la reazione si indebolisce, sbiadisce, e se si è operato su soluzione di bilirubina pura molto diluita, scompare del tutto: invece nel siero di sangue, la reazione attraversando le sopraindicate variazioni di tinta, impallidisce fino un certo limite, oltre il quale poi non sbiadisce più, mantenendosi immutata anche dopo 24 ore e fino a più giorni.

L'intensità della colorazione verde è rigorosamente proporzionata, in tutte le gradazioni che assume, alla quantità di pigmenti biliari contenuta nel liquido in esame, ciò che permette di usare la reazione non solo per l'analisi qualitativa ma anche per la determinazione quantitativa del tasso bilirubinico di un determinato liquido.

Fondamento chimico della reazione: Per questa mia reazione, come per le altre reazioni chimiche colorate dei pigmenti biliari, non siamo in grado di esprimere, mediante formula, lo svolgimento chimico del processo.

Il reattivo che io adopero è costituito da HCl diluito (12:100) con l'aggiunta estemporanea di 5 mmgr. di Na NO_2 (1/2 cc. di sol. 1 %). In seno al liquido subito si produce una reazione con messa in libertà di piccole quantità di Cl, il quale si rileva già all'odore sprigionantesi dal reattivo al momento della sua preparazione. A questo Cl va annessa — come dimostrerò — grande importanza per la reazione.

Il reattivo costituisce per tal guisa un ambiente fortemente acido ed ossidante nello stesso tempo; ha quindi in sè le due condizioni essenziali per spostare il bilirubinato d'alcali e per ossidare la bilirubina, che reagisce bene in presenza di un forte acido minerale.

Verosimilmente ha luogo anche in questo caso un processo di ossidazione, che in primo tempo trasforma il bilirubinato di alcali in biliverdinato d'alcali, e successivamente produ-

ce un composto verde bluastro che può riferirsi alla colecianina o bilicianina. Va ricordato che, secondo gli autori moderni, i vari pigmenti colorati ottenuti dalla bile (si ammetta o no che siano derivati dalla bilirubina) non sono da considerarsi come vere individualità chimiche ma più probabilmente come miscugli.

Si ritiene generalmente che la caratteristica scala colorata della reazione di Gmelin sia data da altrettanti prodotti di ossidazione della bile.

Samuely a proposito dei vari prodotti colorati ottenuti dalla bilirubina crede che la biliverdina sia il primo prodotto di ossidazione che si ottiene; non è poi chiarito in quali rapporti siano colla bilirubina altri due pigmenti verdi: la coleprasina e la biliprasina; progredendo l'ossidazione si passa dalla bilirubina e rispettivamente dalla biliverdina, ad un pigmento bleu, la colecianina o bilicianina, ed infine, attraverso un pigmento rosso poco noto, si arriva alla coletelina, che è giallo-bruna (Maly).

Eseguendo la reazione col metodo che io ho descritto si può vedere, in pochi minuti, una soluzione alcalina di bilirubina pura passare attraverso tutti questi stadi di colorazione: e cioè dapprima verde chiaro, quindi verde scuro, verde bleu, azzurro, e, se si è adoperato reattivo in eccesso, la soluzione diviene rosea, giallo bruna, e infine si decolora più o meno completamente.

Tale successione di prodotti colorati, che si ha con variabile rapidità ed intensità a seconda della concentrazione della bilirubina pura nelle soluzioni saggiate (che non devono essere concentrate) e della quantità del reattivo impiegato, ma che è costante e regolare, corrisponde dunque esattamente ai vari gradi di ossidazione della bilirubina studiati analiticamente.

Per tale guisa noi siamo autorizzati a considerare la reazione che ho descritta, come una reazione di ossidazione.

Ho cercato di stabilire in secondo tempo quale funzione spetti, nel determinare la reazione, ai due prodotti inizialmente usati: l'HCl e il Na NO_2.

A tale scopo ho cominciato col vedere se, singolarmente prese, a diluizione di HCl o la soluzione centesimale di Na NO_2 fossero per se stesse capaci di determinare la reazione. Tutti i saggi mi sono riusciti negativi.

Ho quindi ricercato se l'HCl fosse sostituibile con altro acido, e a tal scopo ho preparato il mio reattivo sostituendo, volta a volta, *coeteris paribus*, all'HCl, l'acido solforico, l'acido nitrico e l'acido acetico.

Ho saggiato comparativamente i diversi reattivi così preparati tanto su soluzione alcalina di bilirubina pura 1 : 10000 (1), quanto su siero di sangue itterico o diluito con acqua distillata nelle proporzioni di 1:3.

Ogni volta per eseguire le reazioni ho preso 1 cc. di detta soluzione di bilirubina, oppure 1 cc. di diluizione di siero, e vi ho aggiunto 0,3 cc. di reattivo preparato successivamente con l'acido cloridrico o l'acido nitrico o l'acido solforico o l'acido acetico.

I risultati ottenuti sono riassunti nella seguente tabella:

TABELLA I.

0.3 cc. di reattivo preparato usando per il Liquido I:	1 cc. di sol. alcalina di bilirubina pura 1:100000	1 cc. di siero di sangue itterico 1:3
Acido cloridrico 12:100.	Colorazione verde immediata che attraversa gli stati descritti, fino al verde bleu.	Colorazione verde immediata, che poi attraversa gli stati descritti sino al verde bleu.
Acido nitrico 12:100. .	La soluzione di bilirubina in un primo tempo si decolora - quindi compare lievissima tinta gialla, che resta immutata.	Col. verde tenue rapida, che tende a virare al bleu.
Acido solforico 12:100 .	Idem.	Intorbidamento intenso, con lieve tinta verde, che poi scompare.
Acido acetico 12:100. .	Nessun risultato.	Compare un accenno al verde appena percettibile.

Dalla tabella risulta chiaro che all'acido cloridrico si deve in prima linea la riuscita della reazione in parola. Ma ciò che più importa è di paragonare il comportamento della soluzione alcalina di bilirubina (colonna II della Tab. I) con quella del siero di sangue itterico (colonna III). Mentre saggiando sulla bilirubina *la reazione in tutte le sue successive fasi* non si ottiene che usando il reattivo contenente l'HCl, per il siero itterico anche altri acidi forti possono dare, se pure incompletamente, la reazione.

Io credo che tale comportamento si spieghi ammettendo che per la reazione abbia impor-

---

(1) La bilirubina pura, necessaria per queste mie esperienze, mi è stata gentilmente favorita dall'illustre prof. H. Fischer, che ringrazio.

tanza la presenza dello jone Cl. Esso infatti non si trova presente nella soluzione alcalina di bilirubina pura, e quindi mescolando questa con i reattivi preparati con altri acidi all'infuori dell'ac. cloridrico, la reazione necessariamente viene e mancare. Invece nel siero di sangue il Cl può esser messo in libertà per effetto dell'acido minerale forte usato (H_2SO_4, HNO_3) o dai cloruri o da altri composti alogenati, e quindi col siero itterico la reazione ha luogo anche all'infuori dell'ac. cloridrico. L'acido acetico, che è un acido debole, non ha questa capacità di liberare Cl e per ciò non fornisce percettibilmente la reazione neanche col siero itterico.

A questa spiegazione ho cercato di dare una conferma chimica. Ho aggiunto al Liquido I preparato con l'H_2SO_4, l'HNO_3 o l'acido acetico alcuni granelli di Na Cl. Eseguendo allora la reazione ho visto che questi acidi si comportano anche di fronte alla sol. di bilirubina pura come il reattivo preparato con HCl. In un'altra serie di prove ho invece aggiunto l'Na Cl direttamente alla provetta con la soluzione di bilirubina ed ho allora ottenuto, un comportamento della reazione quasi simile per rapidità, intensità e successione di fasi a quella fornita dal reattivo cloridrico.

Da tutto ciò risulta confermata l'idea che allo jone Cl in ambiente acido, sia da attribuirsi fondamentale importanza per la reazione.

A tal proposito ricordo che è già stato notato che evaporando una soluzione cloroformica di bilirubina accade sempre, specie sotto l'azione della luce, che una parte del pigmento rosso bilirubinico venga trasformato in un pigmento verde: secondo Küster starebbe qui il cloroformio, il quale, alterandosi, agisce come cloro. Thudicum infine ha dimostrato che gli alogeni agiscono sostituendosi nella molecola della bilirubina.

Questa mia osservazione sulla partecipazione del Cl nelle modificazioni colorate della bilirubina può avere importanza per spiegare il vario comportamento che anche altre reazioni dei pigmenti biliari, e la stessa prova di Gmelin, presentano a seconda che siano eseguite su liquidi contenenti oppur no Cl libero e suoi composti, e per spiegare perchè una stessa reazione mentre mette in evidenza la bilirubina in alcuni liquidi, non la rivela nelle soluzioni prese o in altri ambienti organici.

Le dosi. Con una serie di saggi ho determinato quale è la migliore concentrazione che deve avere l'HCl nel reattivo. A tale scopo ho preparato soluzioni di Liquido I con varie concentrazione di HCl e le ho, come di solito, saggiate su 1 cc. di soluzione alcalina di bilirubina 1:10000 o di siero di sangue itterico diluito 1:3.

Ecco i risultati:

TABELLA II.

Liquido I preparato portando a 100 cc.:	Risultato delle reazioni su: Soluzione di bilirubina 1:10000	Siero di sangue itterico 1:3
HCl cc. 12	+ + + +	+ + + +
„ cc. 10	+ + +	+ + +
„ cc. 8	+ +	+ +
„ cc. 6	+ (ritardata)	+ (ritardata)
„ cc. 4	+ (dopo 2')	+ (dopo 2')
„ cc. 2	+ (dopo 5')	+ (dopo 10')

Concentrazioni di HCl più forte (25 — 50 cc. su 100 H^2O) si sono dimostrate non usabili perchè alterano rapidamente la soluzione di bilirubina pura o intorbidano e precipitano il siero di sangue.

Con analogo procedimento ho studiato l'*optimum* di concentrazione del $NaNO_2$ ed ho visto che meglio di ogni altra proporzione risponde il reattivo preparato con 1/2 cc. di soluzione 1% di $NaNO_2$. Quantità maggiori però non disturbano sensibilmente.

Stabilite così le dosi dei componenti del reattivo, ho con una serie di prove simili alle precedenti, fissato quale fosse la migliore dose di reattivo da usare per iniziare e condurre a termine la reazione.

Ho ancora una volta saggiato tanto su soluzioni di bilirubina pura quanto su diluizioni di siero di sangue. Il risultato ottenuto è stato che per cc. 1-1 1/2 di ciascuno di questi due liquidi da esaminare, la reazione migliore e massima si ottiene usando cc. 0,3-0,4 di reattivo.

Sensibilità e specificità: Come limite di sensibilità ho visto che questa reazione concorda sempre con quella di Ehrlich-Pröscher, fino anche a diluzioni di bilirubina pura 1:200.000 ed oltre.

In tutti i numerosi saggi la reazione si è sempre dimostrata costante e concorde usando soluzioni acaline di bilirubina pura, soluzioni cloroformiche di bilirubina pura, soluzioni di bilirubina pura in siero artificiale albuminoideo (secondo Gilbert, Herscher e Posternak) sieri normali semplici, sieri normali con aggiunte di bilubirina sieri itterici di varia intensità.

I controlli sempre negativi, la *concordanza costante* dei risultati forniti dalla reazione da me proposta con quelli delle altre reazioni finora note per la bilirubina e soprattutto della reazione di Ehrlich-Pröscher con la tecnica di Hijmans v. den Bergh, hanno dimostrato la specificità della mia reazione, esente di cause di errore anche sperimentando su liquidi organici. Il riuscire della reazione in un ambiente fortemente acido, per effetto di un energico acido minerale, è uno dei caratteri chimici ascritti alla bilirubina.

L'emoglobina non influenza la reazione. Fino ad oggi non ho trovato nessuna sostanza, di quelle che possono essere presenti nel siero, capace di dare la reazione, che io propongo.

II.

Studiata così la reazione dal punto di vista chimico, ho voluto in primo luogo applicarla alla ricerca qualitativa dei pigmenti biliari nel sangue.

La tecnica usata è la seguente:

1/2 cc. di siero di sangue limpido (1) *si diluisce in una piccola provetta da saggio con* 1 *cc. di acqua distillata; quindi vi si lascia cadere cc.* 0,3-0,4 (*mediante una pipetta graduata*) *di reattivo, preparato estemporaneamente secondo le norme date sopra.*

La presenza di pigmenti biliari viene immediatamente rivelata da un colore verde, più o meno forte, che ben presto s'intensifica, e dopo qualche minuto comincia a virare verso il bleu; dopo circa un quarto d'ora la reazione generalmente impallidisce alquanto, e si fa più manifesta la tendenza al bleu.

Giunto a questo stadio la reazione si mantiene poi visibile ed immutata anche per diversi giorni.

L'intensità della reazione è nettamente proporzionale al tasso di pigmenti biliari contenuti nel sangue.

Nel siero di individui normali la reazione in un primo tempo manca; poi diviene più o meno nettamente percettibile una lieve tinta verde, espressione della bilirubinemia fisiologica.

Il siero di sangue non viene mai intorbidito.

In tal guisa io ho eseguite circa 200 prove: come reazione di confronto ho usato quella di Ehrlich-Pröscher secondo il metodo di Hijmans v. den Bergh, la quale è ritenuta oggi come la più sensibile e la più specifica per lo studio della bilirubinemia. Ho eseguito la reazione diretta (senza aggiunta di alcool) e la indiretta secondo H. van den Bergh; la reazione diretta la ho distinta in immediata (entro i primi 30") e ritardata (itteri statici e dinamici).

Riporto nella seguente tabella alcuni dei risultati ottenuti, non credendo necessario riprodurre per intiero i miei protocolli, avendo sempre avuto risultati concordi fra loro:

(1) Una leggera emolisi o la presenza di poche emazie non disturba il risultato.

TABELLA III.

N. d'ordine	Malattia	Reazione diazoica (metodo originale) (1)	Reazione da me proposta
1	Anemia perniciosa	+	+
2	Cirrosi epatica. Subittero . . .	+	+
3	Calcolosi epatica	+	+
4	Lues. Insuff. aortica. Scompenso	+	+
5	Emoglobinuria da malaria. Ittero	+	+ +
6	Cancro del fegato	+	+
7	Cancro della testa del pancreas. Ittero	+ +	+ +
8	Ittero infettivo	+ +	+ +
9	Lues secondaria. Ittero . . .	+ +	+ +
10	Iposistolia	+	+ +
11	Colelitiasi	+ +	+
12	Colelitiasi. Ittero	+ + +	+ + +
13	Malaria	+	+ +
14	Tumore delle vie biliari . . .	+ + + +	+ + + +
15	Cancro del fegato. Ascite . . .	+	+
16	Colelitiasi	+ + +	+ + +
17	Cirrosi epatica. Ittero	+	+
18	Iposistolia	+	+ +
19	Polmonite lobare	+	+
20	Pleurite tubercolare	— (lieve col. viola = bilirubinemia fisiologica)	— (lieve col. verde = bilirubinemia fisiologica)
21	Nefrite cronica	Id.	Id.
22	Uremia.	Id.	Id.
23	Tub. polmonare	neg.	neg.

(1) Ho scelto per il controllo del mio metodo la reazione di Ehrlich-Pröscher secondo la tecnica originale, e cioè con l'aggiunta di alcool (reaz. indiretta) perchè essa è delle reazioni oggi usate quella che ha dato luogo ai più numerosi e precisi lavori (Hijmans v. den Bergh, Lepehne, ecc.).

Non ho tenuto conto nella tabella — per quanto lo abbia registrato nei miei protocolli — del comportamento della cosidetta reazione diazoica diretta, per la distinzione cioè di bilirubina statica e dinamica (Hijmans v. den Bergh) poichè lo scopo di questa tabella è solo quello di dimostrare la concordanza della reaz. da me proposta di fronte a quelle già usate per la ricerca della bilirubina, e controllate come esatte e specifiche.

La mia reazione si può, come quella di Ehrlich-Pröscher eseguire anche sull'estratto alcoolico del siero: ma dà risultati allora meno netti e visibili.

Da questa tabella si vede la costanza di questa nuova reazione da me studiata, e la perfetta corrispondenza di essa con la reazione originale (cioè con aggiunta di alcool) di Ehrlich-Pröscher largamente controllata da H. van den Bergh, nei suoi interessanti lavori sui pigmenti biliari nel sangue.

Ed è soprattutto per lo studio dei pigmenti biliari nel sangue che io propongo questo nuovo metodo. Se in chimica analitica esistono varie reazioni per la ricerca e l'identificazione della bilirubina, in chimica fisiologica, ove bisogna operare su liquidi organici complessi, e sovente ricchi di albumina, questi metodi non sono adoperabili. E ciò vale più che per le orine, pel sangue, che costituisce un ambiente ricchissimo di albumina. Infatti le comuni reazioni per mettere in evidenza i pigmenti biliari, se applicate al sangue portano almeno alla precipitazione dell'albumina serica, che trascina con se i pigmenti e intorbida il liquido; quindi richiedono una precedente estrazione dei pigmenti mediante solventi, sui quali poi le prove si eseguono male; senza dire che tracce piccole di pigmenti biliari in tal maniera sfuggono, sicchè spesso si richiedono cospicue quantità di siero.

Tali difficoltà hanno fino a poco tempo addietro impedito lo studio della bilirubinemia normale e patologica.

Dobbiamo all'Hijmans v. den Bergh l'aver adattato alla ricerca della bilirubina la diazoreazione di Ehrlich-Pröscher. Anche a questo metodo dell'azobilirubina non sono mancate critiche (Meulengracht, Thannhauser e Andersen) di cui le più fondate sono: la perdita di una grande quantità di bilirubina, che si produce per effetto della precipitazione con alcool, il quale fa separare un sedimento intensamente colorato da pigmenti biliari trasportati con sè; l'incostanza del colore dell'azobilirubina, che va dal rosso rubino al viola, e che, nei gradi minimi, è difficilmente apprezzabile, specie se il siero è un po' emolitico.

Questi due inconvenienti, che sono particolarmente gravi per la determinazione quantitativa colorimetrica della bilirubina, vengono eliminati totalmente col metodo, che io ho proposto, e che presenta i seguenti vantaggi per l'applicazione clinica:

1° massima semplicità nella preparazione del reattivo e nell'esecuzione della reazione, che non richiede nessun istrumentario speciale, neppure la centrifuga;

2° possibilità di usare quantità minime di siero (la reazione si esegue con 1/2 cc.) ottenendo risultati netti;

3° esecuzione della reazione direttamente sul siero, e quindi senza perdita alcuna di pigmento biliare col precipitato, ciò che è di sommo valore per le determinazioni quantitative;

4° la presenza di emolisi, così facile nei campioni di siero itterico, non disturba;

5° il liquido, durante la reazione, si mantiene limpido e quindi permette ogni ulteriore apprezzamento, e l'uso dei metodi colorimetrici e spettroscopici;

6° la reazione avviene con un colore verde o verde-bleu che è nettamente diverso da quello del siero, e quindi apprezzabile in grandi minimi senza dire che il verde, nelle sue gradazioni, è particolarmente adatto per le determinazioni quantitative colorimetriche.

I vantaggi suesposti di questa reazione, è sopratutto la limpidezza permanente del liquido e la assenza di qualsiasi perdita determinata da precedenti precipitazioni di bilirubina, la rendono particolarmente adatta, non solo per l'analisi qualitativa della bilirubina sul siero di sangue, ma per la sua determinazione quantitativa, cui oggi si ascrive giustamente in clinica un'importanza di prim'ordine.

In tal senso appunto sto completando le ricerche riguardo l'applicazione della reazione al dosaggio della bilirubina nel sangue, usando una speciale soluzione di confronto, colla quale viene riempito il cono di un colorimetro (per es. di Hellige-Autenrieth). I risultati di queste ricerche saranno oggetto di altra pubblicazione.

LETTERATURA.

KÜSTER. *Das Hämatin und seine Abbauprodukte - in* ABDERHALDEN. *Handb. der bioch. Arbeitsmeth.*, II Bd., II Hälfte, 1910.

SAMUELY. *Tierische Pigmente und Farbstoffe* - in ABDERHALDEN, l. c.

HIJMANS VAN DEN BERGH. *Der Gallenfarbstoff im Blute*, Leiden. 1918.

LEPEHNE. *Untersuchungen über Gallenfarbstoff im Blute des Menschen*, Deut. Arch. für klin. Med., 132 Bd., 1920.

MEULENGRACHT. *Ueber Untersuch. auf Gallenf. im Blutserum.* Deutsch. Arch. für klin. Med., 132 Bd., 1920.

THANNHAUSER u. ANDERSEN. *Methodik der quant. Bilirubinbest. in menschl. Serum.* Deutsch. Arch. für klin. Med., 137 Bd., 1921.

EPIDEMIOLOGIA.

OSPEDALE DI SANTA MARIA NUOVA - REGGIO EMILIA
(DIVISIONE MEDICA).

La diffusione della tubercolosi nelle campagne.

(*Continuazione e fine; v. fasc. prec.*).

Prof. dott. ALBERTO FURNO
primario medico, libero docente.

Le cifre raccolte nei citati comuni grandi e piccoli della Romagna e dell'Emilia e che riassumo nella tabella IV, hanno certamente messo in rilievo un dato genericamente confortante, cioè che la mortalità per tubercolosi nel quinquennio ultimo, rispetto a quello 1910-1914, non ha subito che un lieve aumento, quando come a Imola, non si sia verificato una vera e propria diminuzione. Però il fatto da me inizialmente affermato, che cioè la differenza di questa malattia tra le classi coloniche, ha subito un notevolissimo incremento, mi pare di averlo sufficientemente dimostrato. La tubercolosi nei Comuni prevalentemente rurali, ha spostato, per così dire, il suo asse di propagazione, dalle classi fino ad ora considerate più recettive, verso quelle che si credevano privilegiate per la loro presunta relativa immunità. Si osservi questo diagramma, che riproduce graficamente le cifre percentuali della mortalità per tubercolosi tra i contadini e i non contadini, nei due quinquenni studiati, nei 4 principali comuni, e si vedranno a colpo d'occhio le imponenti differenze. Se poi alle cifre di mortalità si potessero sostituire quelle di morbilità, ritengo che il fenomeno apparirebbe anche più manifesto e più impressionante. E se i Colleghi studieranno con i criteri che io ho tracciato questo problema in altre regioni, e terranno conto dei dati clinici anche più di quelli statistici, converranno con me che il pericolo è grave, e degno di tutta la nostra considerazione.

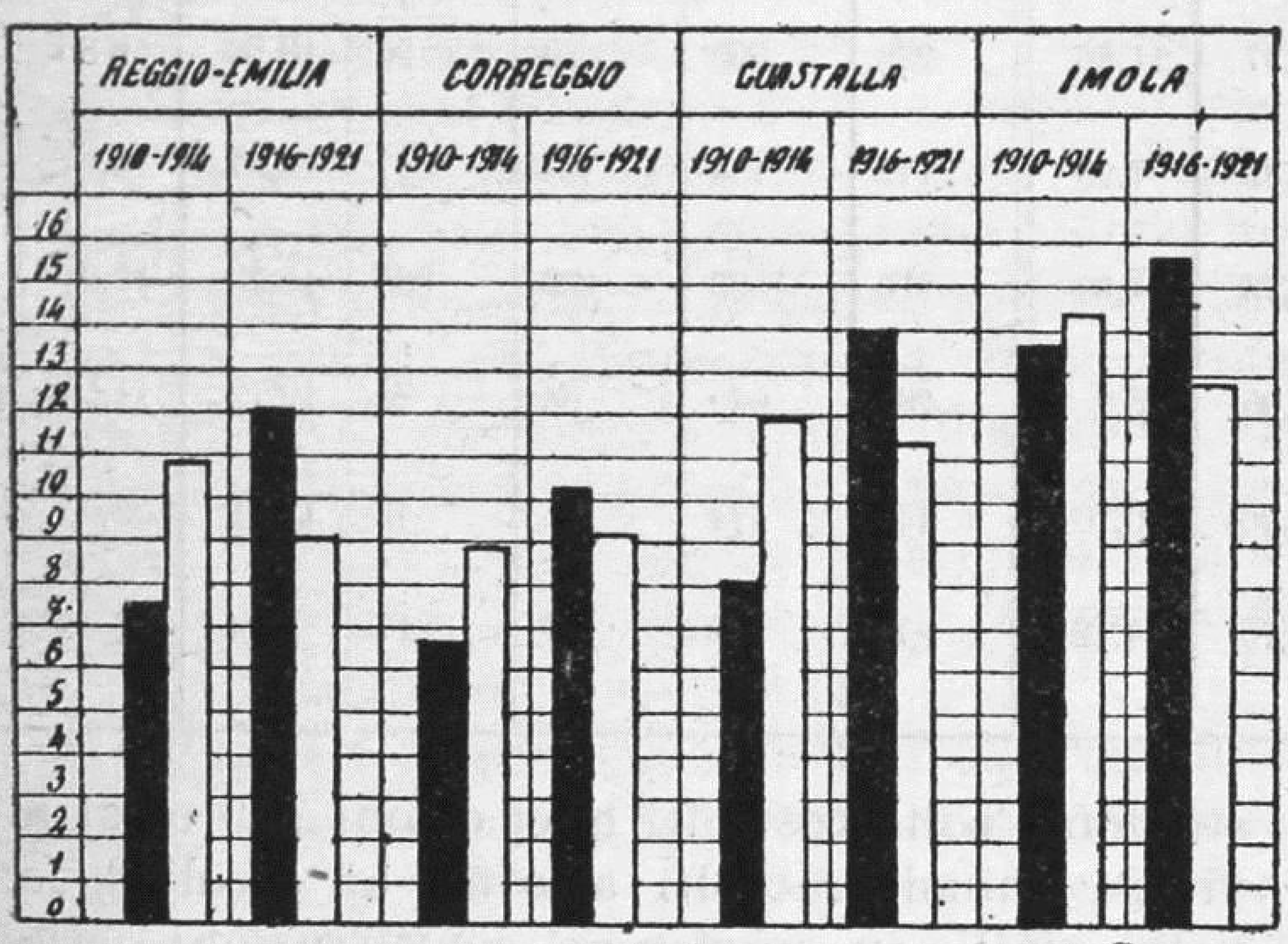


Diagramma esprimente graficamente la mortalità per tubercolosi tra i contadini e i non contadini nei quinquenni 1910-1914 e 1916-1921.

NB. — Le colonne in bianco indicano la mortalità tra i non contadini; le nere tra i contadini.

Denunciato il fatto, studiamone le cause. Una ragione scientifica della rapida e impressionante diffusione della tubercolosi tra i contadini, sta nella «*verginità specifica*», come la chiama il Sanarelli, della classe contadina, che è in una condizione sfavorevole per resistenza alla tisi. Il Sanarelli, in uno studio geniale e persuasivo, ha messo in evidenza questa proprietà della tubercolosi a diffondersi con maggior violenza e rapidità tra le razze rimaste immuni fino ad un certo tempo; queste, non appena subiscono l'infezione, soffrono perdite di gran lunga più dolorose che non le razze da tempo soggette all'azione del flagello. Lo studio del Sanarelli trova in questa tubercolizzazione delle nostre campagne un argomento di più tra i tanti di cui esso è ricco. Ma consapevoli di questa legge biologica, a più forte ragione sono responsabili coloro che presiedendo alla salute pubblica in Italia, hanno permesso che numerosi reduci della trincea e dalla prigionia, tubercolosi, ritornassero in mezzo alle loro famiglie sane, nelle nostre campagne salubri, a portarvi i germi di una distruzione fatale.

Saremo ora in tempo per impedire le ulteriori conseguenze? Il funesto contributo dato dalla guerra nella diffusione della tubercolosi non è stato un privilegio dell'Italia; quasi tutti i paesi, anche non belligeranti, ne hanno risentite le funeste conseguenze. Ciò non giustifica però gli errori commessi da noi, ma li accumuna semplicemente a quelli degli altri popoli. D'altra parte non sarei sereno se attribuissi la colpa del fenomeno che lamentiamo solo alla guerra: esso era iniziato prima e la guerra lo ha solo rinforzato. Il flusso emigratorio aveva già avuto effetti deleteri sulla diffusione delle affezioni tubercolari nelle campagne: la tendenza dei contadini a frequentare eccessivamente le città e i centri popolosi in genere; il desiderio in alcuni di essi, specialmente giovani, di lanciarsi nell'industria, l'abitudine delle giovani contadine, sopratutto nelle famiglie numerose, di andare a servire; sono state tutte cause per cui dall'ambiente sano e immune, queste giovani vergini esistenze si sono trovate a contagio del bacillo tubercolare, così largamente sparso nei centri urbani. La facile tubercolizzazione di questi soggetti, il ritorno per causa di malattia nelle loro case in cerca di quell'aria e di quel sole che ave-

vano lasciato, sono i momenti culminanti della diffusione del male. Si pensi poi bene a come vivono i nostri contadini, alla loro educazione intellettuale e sociale, e facilmente si comprenderà come la tubercolosi trovi la via di rapidamente diffondersi. Il nostro contadino, anche in queste regioni dove si è fatto veramente ricco, vive tuttora in condizioni spaventosamente anti-igieniche. Le case non hanno sufficienti ambienti per contenere tutte le persone di una o più famiglie che vi abitano. Come sappiamo, in un fondo son riunite una, due o anche tre famiglie, tutte provenienti da uno stesso ceppo; ogni coppia che si forma, prolifica anche abbondantemente, e per lo più è dentro un'unica stanza che si raccoglie la nuova generazione. Da un'inchiesta che io ho potuto fare nell'Imolese, ogni casa colonica alberga in media dagli otto ai dieci individui, qualche volta anche molti di più. Ora se si pensa di quanti ambienti, è costituita una casa di contadini (a terreno le stalle, la cucina, e una stanza per gli attrezzi; al piano superiore due o tre camere contigue) si comprenderà che almeno tre persone debbono dormire nella stessa camera; spesso due in un letto. Quando sopraggiunge il periodo delle raccolte per cui occorre qualche ambiente libero, e la cultura dei bachi, allora gli abitanti si raccolgono anche tutti in due stanze, qualunque sia la loro condizione. Io ho trovato sempre tubercolosi contadini, con forme anche aperte, che dormivano nella stessa stanza con altri soggetti in quel momento sani. In montagna le case sono anche più infelici, e più ristrette e le famiglie più popolate; inoltre, data la crudezza della stagione, sono costretti quei coloni per mesi a vivere chiusi, raccolti attorno ai focolari, e nelle stalle in numerose conversazioni, alle quali sono ammessi, anzi sono particolarmente chiamati, i poveri tubercolosi condannati ad ogni inattività, che, senza riguardo alcuno, sputano bacilli, o li proiettano con i colpi di tosse su tutto il vicinato. Questo pericolo di contagio diretto, che sappiamo essere il più sicuro, tra i contadini è comunissimo, perchè non ha alcuna remora nella educazione intellettuale loro. Quasi sempre si nasconde ai malati la qualità della malattia; essi non ne conoscono la gravità, e sono scettici e increduli se son messi sull'avviso; avvicinano tutti, non curanti di ogni precauzione di indole igienica.

TABELLA RIASSUNTIVA (IV).

	Quinquennio 1910-1914						Quinquennio 1916-1921 (escluso il 1918)					
	Mortalità totale		Mortalità per affezioni tubercolari		Decessi per tubercolosi su 100 morti		Mortalità totale		Mortalità per affezioni tubercolari		Decessi per tubercolosi su 100 morti	
	contadini	non contadini	contadini	non contadini	contadini	non contadini	contadini	non contadini	contadini	non contadini	contadini	non contadini
Reggio Emilia	2321	5486	176	597	7,58	10,88	2522	5964	305	540	12,09	9,05
Correggio	726	995	48	89	6,61	8,94	684	836	70	77	10,23	9,21
Guastalla	518	614	42	86	8,08	11,97	488	546	62	62	14,01	11,35
Bibbiano	238	308	19	35	7,97	11,36	223	203	29	20	13,00	9,85
Bagnolo in Piano . . .	166	192	13	14	7,82	7,29	172	184	23	17	13,37	9,24
Imola	800	2536	110	365	13,75	14,39	820	2593	129	335	15,73	12,91
Conselice	244	537	56	87	22,95	16,2	284	640	56	74	19,72	11,56
Tossignano	108	158	14	17	12,96	10,76	151	194	26	43	17,21	22,65
Dozza	82	104	8	15	9,75	14,42	78	102	7	17	8,94	16,66

I vecchi tossicolosi (tubercolosi senile) tengono in collo i bambini, li nutrono dei loro stessi residui alimentari, assaggiando le vivande nei loro stessi cucchiai: donde tutta la serie delle meningiti tubercolari che si vedono! Nelle campagne non esiste la più piccola organizzazione di difesa antitubercolare; io vedo con terrore uscire dalla mia stanza ogni contadino tubercoloso che ho visitato, perchè penso che egli ritorna in quella piccola sua casa a seminare la sua terribile malattia; negli ambulatori è difficile fare opera proficua di profilassi: si può consigliare l'isolamento, meglio ancora l'internamento in ospedale; ma bisogna far ciò con la massima prudenza e circospezione.

Tra le altre cause di diffusione della tubercolosi tra i contadini è questa di cui vengo a trattare. Noi abbiamo veduto come le affezioni tubercolari siano molto più diffuse tra le femmine che tra i maschi, e come ciò specialmente si sia verificato nel quinquennio 1916-1921, in cui si ebbe anche una mortalità totale maggiore tra le donne che tra gli uomini, pur dovendosi calcolare, tra questi ultimi, molti invalidi di guerra.

Ebbene, questo maggior numero di donne tubercolose contadine, è effetto di una grande decadenza fisica della donna dei campi; esse si assoggettano fin da bambine a lavori gravosi che possono essere di vanga o di zappa; si sposano giovanissime, lavorano e figliano, anche ogni anno, allattando anche oltre i dodici mesi, sempre per il pregiudizio che ciò sia un bene per i loro allievi: in questi anni di guerra poi, hanno completamente ed efficacemente sostituito gli uomini che erano alla fronte, finendo le loro forze, defedando i loro corpi, preparandoli ad essere preda della prima infezione che loro andasse incontro, e spesso si imbatteranno nella tubercolosi.

La donna contadina è forte e vigorosa fino al suo matrimonio; dopo perde la sua bellezza e la sua robustezza; invecchia precocemente, tanto che io ho veduto donne di 37-40 anni che ne dimostravano 55-60! Uno dei fatti morbosi più gravi in esse è la caduta precoce dei denti, per cui si vedono giovani donne di 30 anni con denti scarsi e cattivi: non masticando sufficientemente i loro grossolani cibi, il pane fatto da più giorni, le verdure, le frutta, esse vanno soggette a gastropatie, che contribuiscono a denutrirle e a renderle più deboli di fronte ai contagi. Altra causa gravissima di predisposizione delle classi contadine alla tubercolosi è da ricercarsi anche nell'alcoolismo, se non di liquori, certo di vino. La nostra terra d'Italia produce molto vino e buono, ricco di alcool; i nostri contadini produttori, specie in Romagna, nell'Emilia, in Toscana ne hanno in grande abbondanza da vendere e per sè, e ne abusano, tanto gli uomini che le donne. I rapporti tra alcoolismo e tubercolosi sono più che notorii, e non è qui il caso di diffondersi su questo argomento: solo ho voluto accennarlo, perchè deve essere oggetto di previdenza, volendosi discutere della profilassi antitubercolare nelle nostre campagne.

Una certa importanza vorrei dare, riguardo alla diffusione della tubercolosi tra i contadini anche al latte; mentre nella città è diffuso il concetto e la pratica di bollire il latte prima di ingerirlo, nella campagna questa pratica è ancora sicuramente trascurata mentre, d'altra parte, il contagio tubercolare col latte di vacche ammalate, specie nei bambini, è ormai un fatto accertato e indiscutibile; io ritengo che un'altra causa di tante meningiti tubercolari che ho osservato qui nel Reggiano, dove il latte è in grande uso sopratutto nella alimentazione dei bambini, si debba ricercare in questa via di trasmissione. Le vacche tubercolose sono più frequenti di quello che non si creda: Nocard nella sua pubblicazione « Animaux tuberculeux: cohabitation, viande, lait », riferisce di aver trovato con la reazione della tubercolina nelle stalle meglio tenute, il 60, l'80 e il 90 % di animali tubercolosi. Nelle grandi latterie il latte è mescolato in grandi recipienti, e basta il prodotto di una sola vacca tubercolosa per contaminarlo tutto!

Studiato il problema nelle sue cause, e nei suoi effetti, esaminiamo i mezzi della sua energica soluzione.

La profilassi antitubercolare, finchè non sia coattiva, non può essere che educativa: auguro all'umanità che abbia il coraggio di afferrare il problema con mezzi ultra legali, così come ha fatto per i malati di mente; ma intanto, per ora, essa ne è ben lontana! Ma quando questa opera di educazione si deve svolgere nelle campagne, in mezzo ad un elemento diffidente, cocciuto, invaso di preconcetti e di pregiudizi come quello contadino, allora essa è di una difficoltà e di una delicatezza quanto mai straordinaria. Si rifletta a quanto si è dovuto lottare tra le masse contadine per istruirle nella coltura razionale dei loro campi, per valutare la grande pazienza che occorrerà onde raggiungere quel livello della loro coltura, capace di far loro comprendere certi vantaggi dell'igiene personale e collettiva. Intanto è giocoforza ammettere che non esista un problema antitubercolare urbano solamen-

te, ma che è del pari grave anche quello rurale. I comitati antitubercolari, se è possibile con maggiore attività, debbono svolgere la loro azione anche nelle campagne: far sorgere comitati fino nei piccoli comuni, interessandoli alla lotta antitubercolare. I dispensari cittadini debbono gettare le loro propaggini fino nei più remoti paesi di montagna, sia per raccogliere materiale statistico e notizie esatte sulla qualità e quantità dei malati tubercolosi, sia per vigilarli con la più grande assiduità. La organizzazione di difesa antitubercolare sulla base dei dispensari potrebbe essere così concepita: dispensari principali provinciali, circondariali, mandamentali, organizzati e diretti dai comitati locali; ognuno di questi dispensari dovrebbe avere rapporti diretti con un determinato numero di comuni della propria zona; i medici condotti dovrebbero segnalare ai dispensari più a loro vicini i casi di tubercolosi, anche sospetti, della propria circoscrizione; dal dispensario si dovrebbero inviare al medico richiedente, tutti i sussidi per l'accertamento diagnostico. La sicurezza della diagnosi è la base di tutta la lotta nelle campagne: i medici condotti che intuiscono e vedono la gravità del caso, non osano spesso di formulare alla famiglia un diagnostico di tanta importanza clinica e prognostica, perchè manca loro una certezza irrefutabile che solo gli accertamenti con mezzi adeguati possono dare.

Bisogna conoscere la psicologia dei campagnoli, per non dar torto di questa prudenza al medico condotto! Se egli non è coperto dalla solidarietà di altri autorevoli colleghi e da fatti ben dimostrabili, a volte una sua grave diagnosi può suscitare un tal vespaio, per cui il sanitario si aduggia, si scoraggia e rinunzia. Ma se egli è in possesso di un dato positivo come un esame di escreato con presenza di bacillo di Koch, o una lastra radiografica evidente, allora egli sente tutta la sicurezza di quello che può dire, e con fermezza cerca di persuadere, di educare, di reprimere. D'altra parte il medico condotto aiuterà i dispensari, se questi sapranno chiedere a lui, solo quello che può dare. L'accertamento diagnostico, secondo me, dovrebbe essere fatto dai dispensari, quando i medici lo richiedano: ed a tale scopo questi istituti debbono essere forniti di mezzi e di personale capace di muoversi e di portarsi dove è richiesto, anche lontano, magari con un'autoambulanza radiologica, come si faceva in guerra.

Perchè i tubercolosi di campagna difficile è di muoverli! Si ricordi che il contadino spesso nasconde il suo male, perchè non vuole spendere con i medici; e solo vi ricorre quando non ne può più: se gli si offre l'occasione pero di essere ben studiato con poca spesa o gratuitamente, allora si fa con lui quello che si vuole.

Accertato in una famiglia di contadini un caso di tubercolosi, si deve circoscrivere il meglio possibile; data l'ubicazione delle case coloniche, l'isolamento della famiglia è possibilissimo; quello del malato rispetto alla famiglia in cui vive è molto più difficile, perchè bisogna vincere un'infinità di preconcetti e di pregiudizii, dovuti all'ignoranza di tutta la parentela, la quale non vuol far conoscere all'ammalato la gravità del suo male, e sembra quasi che sia tutta disposta a sacrificarsi con lui! Io son convinto però che il medico condotto, una volta che sia confortato dalla sicurezza matematica della diagnosi, conseguita con i metodi più esatti di accertamento, sarà assai più energico e più fermo nella sua opera di persuasione e di profilassi e potrà anche invocare l'aiuto di altre persone influenti nell'ambiente.

Potranno essere queste rappresentate dagli elementi ecclesiastici. I sacerdoti godono di grande influenza fra i contadini, frequentano le loro case, sono spesso i consiglieri richiesti, i confortatori della disgrazia della famiglia e del malato; una loro parola anche dolorosa ed aspra, è accolta con ben altro animo dai parenti e dallo stesso ammalato, che quella detta, pur con maggior autorità, dal medico. I parroci dei più sperduti villaggi possono inoltre farsi i divulgatori più efficaci dei concetti più fondamentali dell'igiene privata e pubblica. Bisogna invitarli a compiere questo, che anche per essi è un dovere: essi hanno l'obbligo di conoscere certi concetti di medicina pastorale, e possiamo nei medici prestarci a far loro dei corsi di educazione igienica, senza preconcetti politici o confessionali; dallo stesso pergamo i sacerdoti possono, insieme con le dottrine della religione, diffondere i sani precetti del vivere civile, e non credo che questo offenderebbe il luogo nel quale venissero impartite e urterebbe contro la loro speciale missione spirituale. I parroci potrebbero essere uno dei fuori dell'organizzazione antitubercolare nelle campagne, denunziare i casi sospetti al medico, aiutarlo negli accertamenti diagnostici, e divenire il *visitatore* propagandista.

Un altro mezzo di isolamento dei contadini tubercolosi deve essere il loro internamento in sanatorii, tubercolosarii, reparti ospedalieri specializzati; ma bisogna facilitare il loro ingresso diminuendo, nei casi specifici le rette. Noi conosciamo la tirchieria del contadino; il

quale oggi è ricco, ma non vuole far riconoscere, ed è sempre un gretto nelle spese anche le più necessarie. Se deve impiegare molto denaro per farsi curare all'Ospedale, preferisce restare nella sua casa; ma se vogliamo toglierе i focolai di infezione, bisogna rendere possibile l'internamento di essi in ambienti adatti, limitando loro il più possibile la spesa.

Con un'opera assidua, ma immediata, le nostre campagne sarebbero presto liberate dai flagello che loro incombe; mantenendo viva l'azione educativa bene organizzata, sarebbe facile il tenerle lontane dalle ulteriori infezioni. Anzi a questo proposito possiamo aggiungere, che la nostra convinzione trova conforto nella indiscutibile constatazione del grande miglioramento economico effettuatosi tra le classi contadine: prime queste erano povere e cercavano spesso nell'emigrazione fonte di guadagni, e ritornavano molti dalle Americhe tubercolosi a seminare il male. Oggi queste correnti emigratorie contadine sono certamente, per varie ragioni, soppresse; è un coefficiente di meno diffusione della tubercolosi nelle campagne! Qualora si rinnovasse il fenomeno dell'emigrazione così come per il passato, sarebbe opportuno di provvedere ad una vigilanza rigorosa, che non è stata mai ben fatta. Nessuno può dubitare dell'efficacia dei congegni di profilassi antitubercolare ante-guerra adottati; la tubercolosi prima della guerra era in diminuzione ovunque, in tutti i paesi civili. La catastrofe Europea ci ha riportato indietro di 10 anni, ed ha senza dubbio creati nuovi problemi di profilassi sociale, tra cui quello antitubercolare nelle campagne: se ci porremo subito all'opera, con fede e con entusiasmo, riusciremo più presto di quello che non si creda a vincere la buona battaglia; ma occorre far presto e bene; e se indugieremo e difetteremo di mezzi, la lotta si farà più difficile e più ricca di delusioni, e vedremo la razza dei nostri bravi coloni, che debbono arricchire l'Italia, decadere rapidamente consunti dal male che non perdona.

Non dobbiamo dimenticare che la tubercolosi tra i contadini trova un terreno vergine di attecchimento e di propagazione; e che attraverso lutti e miserie inaudite, arriverebbe la razza colonica a quella relativa immunizzazione a cui son pervenute le classi urbane. Le condizioni ambientali dei lavoratori dei campi permettono una efficace lotta profilattica antitubercolare: sarebbe colpa nostra se non ne profittassimo in tempo. Tutti, senza distinzioni di classi e di partiti, abbiamo interesse a tutelare la salute dei produttori primi della vita, di coloro che danno l'esempio in tutto il mondo di un'attività portentosa, di una tenacia e di una fede incrollabile nelle proprie forze creatrici.

La battaglia che si deve ingaggiare contro la tubercolosi nelle campagne è più promettente di resultati immediati di quella che si deve svolgere nella città; ma appunto perchè per ora è più facile, deve essere subito iniziata, prima che il male dilaghi e gli ostacoli si moltiplichino.

Reggio nell'Emilia, 8 febbraio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

L'actinomicosi primitiva delle glandole salivari.

(G. SÖDERLUND. *Acta Scandinavica chirurgica*, vol. LII, fasc. III, 20 gennaio 1921).

Abitualmente nell'uomo l'actinomicosi si localizza nelle formazioni e negli organi che circondano la cavità orale (guancia e collo): il micelio, la maggior parte delle volte, viene trasportato da corpi estranei (chicchi di grano o di frumento) che penetrano nell'organismo attraverso lesioni della mucosa orale. D'altra parte non si può negare come la maggior parte delle localizzazioni avvengano di preferenza in prossimità degli sbocchi delle glandole salivari, del dotto di Warthon in ispecial modo (Schlange). Questo reperto rendeva plausibile l'ipotesi di un'infezione ascendente (nel dotto secretore della glandola stessa) ma finora non era stato possibile darne la prova decisiva, anatomica. L'A. è stato più fortunato: egli, riprendendo la sua idea già svolta in precedenti lavori, riferisce di 4 casi personali in due dei quali tale dimostrazione era evidentissima. Negli altri due casi l'ipotesi era quanto mai sostenibile in quanto che era evidente il sintoma che, secondo gli AA. che si sono occupati dell'argomento, dovrebbe essere decisivo per la diagnosi dell'actinomicosi primitiva glandolare: l'ingrandimento diffuso infiammatorio della glandola una sialoadenite subacuta. La rarità di un reperto primitivo ed isolato di un'infezione ascendente della glandola parotidea è dovuta alla brusca ripiegatura che subisce il dotto di Stehone quando dal massetere passa nel buccinatore. Tale angolo retto impedisce la progressione del corpo estraneo che finisce col fissarsi e perforare la mucosa e provocare un'actinomicosi della guancia, anzichè della parotide.

Anche i casi di sialolitiasi dovrebbero essere ascritti alla actinomicosi. A differenza

della primitiva, l'actinomicosi secondaria non colpisce la glandola *in toto* ma zone sane si alternano a malate. La actinomicosi primitiva si svolge attraverso tre fasi delle quali solo ora è stato possibile all'A. dare la prova e la dimostrazione:

1° Processo infiammatorio diffuso glandolare con punto di partenza nel dotto escretore.

2° Formazione di un ascesso generalmente in immediata vicinanza del dotto escretore.

3° Diffusione della flogosi a tutta la glandola; eventualmente formazione di ascessi, di fistole mucose e cutanee. Di qui il precetto curativo di asportare il focolaio primitivo. In questo modo soltanto si potrà procedere logicamente e risparmiare delle operazioni inutili ed incomplete come, ad esempio, l'esportazione della glandola in quei casi nei quali la flogosi fosse pericanalicolare, quando cioè la malattia si trova nel primo stadio ove rimossa la causa determinante, la tumefazione glandolare regredisce spontaneamente: d'altra parte la asportazione della glandola si impone in tutti quei casi nei quali essa viene direttamente compromessa dalla proliferazione del micelio. E. MINGAZZINI.

La cura chirurgica della dilatazione idiopatica dell'esofago.

Mentre sui sintomi, l'evoluzione clinica sulla diagnosi, sulla prognosi della dilatazione idiopatica dell'esofago tutti gli AA. sono di un medesimo parere, sulla patogenesi e di conseguenza sul suo trattamento regna ancora discordanza la quale riconosce come causa principale la rarità di questo quadro morboso. Non si può non esser colpiti dal fatto che, mentre AA., anche sperimentati, insistono sulla rarità del megaesofago Sargnon, Bertein, Arcelin infatti (*Un cas de megaoesophage*, in *Lyon méd.*, 2 marzo 1921) ne pubblicano un solo caso; Bensaude e Guénaux (nella *Rev. de méd.*, anno 28, n. 2, 1921) invece riferiscono di 17 casi osservati nello spazio di 1, ½ anno: di questi solamente 5 erano uomini.

Sulla patogenesi è stata espressa più d'una teoria e a questo riguardo vale la pena di enumerare soltanto i giudizi espressi dai vari AA. 1° Cardiospasmo cronico (Miculicz); 2° Frenospasmo (Jackson); 3° Atonia congenita o acquisita della muscolatura esofagea (Rosenheim); 4° Lesione del vago causa contemporaneamente dell'atonia esofagea e dello spasmo del cardias; 5° Chiusura ipertonica del cardias consecutiva a disturbi di coordinazione della deglutizione (Mathieu e Sancert); 6° Megaesofago da malformazione congenita (Bard); 7° Contrattura dello sfintere cardiale, stasi nell'esofago e sua dilatazione consecutiva (Fleiner).

Sencert che ha avuto occasione di studiare completamente e di operare uno di questi casi, ha dovuto modificare la sua opinione in proposito sostenuta già in un suo precedente lavoro (Sencert. *Mal. de l'oesaphage*. Masson 1913). Ecco il caso studiato: L. cocchiere. Da bambino scarlattina e difterite senza complicanze: nel 1906 polmonite; nel 1911 lue, curata convenientemente. A 22 anni apparvero i primi sintomi dell'attuale malattia seguiti, sembra, ad una malattia infettiva, durata 4 settimane e manifestatasi con febbre, tosse e fenomeni generali gravi. I primi sintomi esofagei si manifestarono in questo modo: irregolarmente, il malato provava difficoltà nel deglutire gli alimenti mentre che in altri pasti essi scendevano senza difficoltà; altre volte si manifestava una pesantezza che accentuandosi coi bocconi successivi finiva col provocare il vomito. Tra un pasto e l'altro l'infermo era infastidito da frequenti rigurgiti acquosi o mucosi. In una delle prime degenze ospitaliere si riconobbe che questi pseudo-vomiti erano rigurgiti esofagei. A digiuno la quantità del contenuto esofageo era di 60 ccm. rappresentata da un liquido giallo leggermente acido mentre che il contenuto gastrico estratto spingendo con facilità la sonda nello stomaco riportava un liquido con 0,58 di HCL libero e 0,80 di acidità totale. Si prescrisse al paziente una dieta regolare e severa ed egli abbandonò, migliorato, l'ospedale.

Fin nel 1910 il malato non aveva mai provato alcun fenomeno doloroso, ma solo un senso di peso retrosternale. Invece dopo detta epoca egli cominciò ad avvertire un senso di bruciore xifoideo che non spariva se non dopo l'ingestione di parecchi sorsi d'acqua. In questo periodo il paziente fu ricoverato all'ospedale ove gli fu constatato un notevole dimagrimento con aumento della disfagia con rigurgiti più abbondanti e più frequenti. L'esame radiologico dimostrò una specie di grande saccoccia esofagea sopradiaframmatica nella quale si accumulava il liquido che scendeva poi lentamente nello stomaco.

Nel 1919 il malato venne all'ospedale per la 3ª volta nel riparto del prof. Bard. Ivi fu tenuto in osservazione per qualche tempo. I dati più importanti sono riportati per esteso nel lavoro originale. Vale la pena di ricordarne qualcuno.

Ogni mattina il paziente aveva dei rigurgiti di sostanze alimentari della sera precedente

e che egli affermava di non sentirsi venir su dallo stomaco. Il paziente si liberava dei suoi residui elimentari mediante sondaggi ripetuti per ingerire del pane e del liquido caldo. Poi avvertendo un senso di pesantezza e di dolore restrosternale si irrigidiva, gettava le spalle indietro, il ventre in avanti e faceva una profonda inspirazione. In quel momento — egli affermava — egli sentiva come se tutto cadesse in una trappola, e il cibo passava nello stomaco. Due ore dopo il pasto rigurgito abbondante di un liquido abbondante vischioso e leggermente torbido che egli espettorava. Prima del pasto del mezzogiorno altro cateterismo dal quale ricavava altri 200 cmc. di liquido con gli stessi caratteri di quello espettorato la mattina. Il passaggio di sostanze liquide nello stomaco si compiva senza difficoltà mentre che per quello delle solide il paziente ricorreva al solito artifizio.

All'esame fisico, il cateterismo dell'esofago era facile e riesciva anche colle sonde più grosse che superavano con facilità il cardias. Nell'esofago si trovano 200-300 cmc. di liquido con 0,14 di acido combinato, qualche leucocito e cellule epiteliali. Il cateterismo dello stomaco a digiuno riportava un liquido con 0,87 di HCl libero e 1,41 di acidità totale. L'esame radioscopico dimostrava l'esistenza di un'enorme sacca non animata da movimenti peristaltici o antiperistaltici, e che si vuotava d'un tratto quando il malato, compiendo la sua manovra abituale, abbassava improvvisamente il diaframma. L'esame esofagoscopico non rivelava che un aumento della vascolarizzazione di numerose pliche mucose dell'esofago toracico, pliche abbondanti al punto da permettere l'introduzione dell'apparecchio ora tra due, ora tra altre due di esse. In breve si trattava di un paziente, che senza alcun incidente e lentamente aveva presentato una disfagia progressiva con rigurgiti abbondanti e nel quale il cateterismo, la radioscopia e l'esofagoscopia non rivelavano alcun ostacolo sia organico che funzionale, ma l'esistenza di una dilatazione considerevole dell'esofago toracico. La diagnosi non poteva esser dubbia e doveva esser così concepita: Dilatazione idiopatica dell'esofago. (Sencert e Simon. *Trattamento operatorio della dilatazione idiopatica dell'esofago*. Revue de Chirurgie, 1921, n. 6).

La patogenesi della dilatazione detta idiopatica può esser ricondotta a due ordini di fattori: all'occlusione spastica del cardias e all'atonia primitiva della muscolatura esofagea. Miculicz basandosi sui reperti in vivo e necroscopici dedotti dalle autopsie di Leichtenstern sosteneva doversi ricercare la patogenesi della dilatazione idiopatica dell'esofago nello spasmo cardiale cui seguirebbe un insufficienza dei muscoli esofagei con dilatazione consecutiva. Ma la contrattura permanente di un muscolo è poco abituale e non si comprende perchè dovrebbe presentare un eccezione l'esofago senza contare che lo spasmo, non infrequente nelle lesioni superficiali della mucosa del l'esofago, non è stato constatato con sufficiente costanza.

Meno numerosi sono i partigiani dell'atonia primitiva della muscolatura esofagea. Ma gli AA. che hanno studiato l'atonia dell'esofago danno per questa malattia un quadro caratteristico che non si ritrova nei periodi iniziali della dilatazione diffusa. L'immagine radioscopica, secondo Holzknecht, sarebbe assai caratteristica: il pasto di contrasto formerebbe un nastro sottile e continuo occupante tutta la lunghezza dell'esofago non riempiendolo che incompletamente. Questa immagine perstisterebbe qualche minuto dopo l'ingestione del pasto. Tutti questi fenomeni non si ritrovano in alcuna delle osservazioni sulla dilatazione diffusa. Bisogna ancora aggiungere che all'autopsia di qualche caso di dilatazione diffusa si è ritrovato un esofago dilatato con pareti spesse con ipertrofia della tunica muscolare. Infine non può essere ammessa, per molti AA., una dilatazione di un dotto senza un ostacolo anatomico al suo svuotamento. Non potendo ammettere nè il cardiospasmo nè la atonia primitiva, Sencert e Mathieu, ammisero nel 1913 un vizio nel funzionamento fisiologico del cardias: in altri termini — essi dicevano — venendo a mancare lo stimolo esofageo destinato a provocare l'apertura del cardias, la causa della dilatazione doveva ricercarsi in un'occlusione dinamica dovuta ad un vizio di coordinazione motrice del cardias, una vera e propria achalasia del cardias (Hertz).

Ma in seguito ad altre osservazioni e a discussioni, gli AA. sono stati costretti a modificare la loro teoria considerando come a tale patogenesi mal si apponga l'inizio lento ed insidioso, il decorso regolare, la costanza perfetta dei disturbi esofagei. Così è difficile ammettere un interessamento contemporaneo di tutti i segmenti dell'arco riflesso che partendo dalla mucosa esofagea terminano nel cardias.

Invece dev'essere ammessa una dilatazione idiopatica dell'esofago come si ammette per il colon e per il retto. Insomma si tratta di una malformazione congenita, di cui l'essenza fondamentale consiste in un difetto insito nei tessuti o meglio e più semplicemente una specie

di gigantismo localizzato che rimane senza manifestazioni fino al momento in cui l'organo interessato subisce delle deformazioni o angolazioni secondarie nel suo movimento di estensione progressiva.

I metodi di cura variano a seconda del concetto patogenetico ammesso riguardo al meccanismo e alla produzione della dilatazione. Ammettendo una dilatazione diffusa dell'esofago consecutiva ad un'occlusione spastica o ipertonica del cardias non si può che ricorrere al ristabilimento della permeabilità del cardias o creare una nuova via al passaggio degli alimenti. La dilatazione può esser lenta colle sonde molli o brusca con l'aiuto di strumenti speciali quali le sonde rigide munite alle loro estremità di un piccolo pallone rigonfiabile (Sonda di Schreiber), o con le estremità armate di divulsore a stecche (come quelle di un'ombrello) (Jacobi) o con lame metalliche elastiche divaricabili tra loro. Da accennarsi soltanto è la elettroterapia.

Benchè offra dei pericoli e degli insuccessi la divulsione brusca con l'aiuto dell'esofagoscopio rimane il metodo di scelta. La divulsione si può eseguire — secondo Miculicz — o introducendo, attraverso lo stomaco, aperto mediante una larga gastrotomia, e una pinza che viene spinta chiusa nel cardias e aperta poi con forza e bruscamente. Occorre far delle riserve su questa operazione cieca e brutale, malgrado una casistica felice pubblicata in proposito. La cardioplastica — derivazione della piloro-plastica alla Miculicz — può essere totale o extramucosa, a seconda che si interessi tutta o in parte lo spessore della parete esofagea. Si può eseguire per via addominale (mediante laparotomia, resezione del bordo costale sinistro e trazione dell'esofago nella cavità addominale (Wendel, Heller, Girard, Lecène) o toracica (Meyer). I metodi che hanno per iscopo di escludere il cardias ipertonico si riassumono nell'esofago-gastrostomia (anastomosi tra la grossa tuberosità gastrica e l'sofago attraverso laparotomia e resezione costale sinistra (Heyrowski, Lambert, Exner).

Riesinger invece escluse un lembo dell'organo primitivamente malato ed atonico per via mediastinica con risultato eccellente malgrado la grave minaccia di sincope manifestatasi in primo tempo. Solo W. Meyer seguì questo esempio. Zaager drenò l'esofago dilatato operando in 3 tempi: resezione costale; apertura della pleura costale e fissazione dell'esofago alla pleura parietale e infine drenaggio ed apertura dell'esofago dilatato.

Quale il valore di tutte queste operazioni? Sono sconsigliabili le operazioni praticate sull'esofago toracico per via mediastinica o pleurica per la loro gravità, nè sono da eseguirsi le operazioni sul cardias dal momento che non è esso l'organo ammalato. Pur riconoscendo le cardioplastiche come benigne dal punto di vista operativo, esse non agiscono che su uno dei più importanti elementi della stasi esofagea, l'allungamento cioè del dotto e la sua ripiegatura secondaria.

In base a queste considerazioni, Sencert ha operato nel seguente modo il suo malato: Incisione lungo il bordo costale sinistro prolungata in basso per 10 cm. lungo il margine esterno del retto dell'addome. Sollevato il fegato si procedette alla liberazione per circa 8 cm. dell'esofago toracico che venne fissato poi all'orifizio diaframmatico in questa nuova posizione mediante punti staccati (tempo operativo malagevole e difficoltoso). Indi incisione longitudinale per circa 4 cm. dello stomaco e sutura trasversale di esso. Chiusura totale della ferita. Decorso post-operativo complicato da broncopolmonite. Dopo qualche giorno si cominciò prudentemente l'alimentazione che potè essere continuata indisturbata definitivamente.

Concludendo la cura chirurgica limitata al cardias non potrà mai ottenere dei successi definitivi perchè non interviene sul fattore principale della malattia che è l'allungamento, cioè e l'angolazione dell'esofago toracico. La successione dei vari tempi operativi dev'esser la seguente: liberare, abbassare e procurare la trasposizione addominale dell'esofago toracico e aggiungervi, se se ne riconoscesse la necessità, una cardioplastica.

E. MINGAZZINI.

Stati spastici dello stomaco ed intestino.

(S. PAL. *Med. Klinik*, n. 17, 1922).

Gli stati spastici del canale digerente possono essere cinetici (provocano una progressione del contenuto, si propagano in forma peristaltica o cata o anastaltica), oppure statici (ipertonici); quest'ultimi a seconda della durata e del decorso si distinguono in acuti (ricorrenti od intermittenti) e prolungati oppure permanenti. Lo spasmo viene determinato da processi ipercinetici ed ipertonici (che provocano anche delle sensazioni soggettive).

Negli stati acuti prevale il fattore ipercinetico e il tono è in questi casi labile mentre negli stati prolungati prevale il fattore ipertonico, e l'ipertono è stabile. La cessazione di uno solo di questi fattori fa scomparire lo spasmo: se viene a cessare il fattore cinetico, permane uno stato che non si può più chia-

mare spastico, bensì stato ipertonico; esso non provoca sensazioni soggettive. Gli stati spastici di stomaco ed intestino sono dunque: 1. spasmi ipercinetici, 2. spasmi ipertonici, 3. stati ipertonici.

Gli spasmi ipercinetici sono primitivi o secondarî, quelli primitivi sono conseguenza di un'irritazione della mucosa (stimoli infiammatori, chimici, e meccanici). Gli spasmi ipertonici o statici possono colpire sia la muscolatura circolare, sia quella trasversale; si osservano specialmente nei punti dove sono ammassati numerosi elementi muscolari (ingresso dell'esofago, cardias, stomaco, piloro, retto). Questi spasmi ipertonici impediscono la progressione del contenuto e provocano perciò secondariamente degli spasmi ipercinetici molto dolorosi. È talvolta difficile la diagnosi differenziale fra spasmi o stati ipertonici e infiltrazioni rigide di natura infiammatoria o neoplastica; le prove farmacologiche facilitano la diagnosi differenziale fra spasmi e stenosi organica. L'eziologia degli stati spastici non è ben chiara. Esistono indubbiamente delle forme psicogene e delle forme riflesse. Fattori tossici determinano spesso degli spasmi per lo più acuti.

Nell'esofago gli spasmi prevalgono al cardias. Il cardiospasmo può dipendere da affezioni delle vie nervose, da irritazioni della mucosa esofagea o gastrica (lesioni, causticazioni, ulcerazione) e da stimoli riflessi.

Nello stomaco si osservano spasmi diffusi e spasmi localizzati; essi vengono determinati da irritazioni sia locali (infiammazioni, causticazioni, stimoli termici), sia di territori lontani (vie biliari, ulcere duodenali) oppure da neurosi (isterismo).

Spasmi localizzati permanenti oppure stati ipertonici provocano un quadro simile a quello delle stenosi cicatriziali; l'efficacia di alcuni farmaci (papaverina) nel far cessare gli spasmi assicura in questi casi la diagnosi. Non così negli stati ipertonici, nei quali la papaverina è inefficace. Tra i gastrospasmi localizzati prevale il pilorospasmo che nel lattante rappresenta uno stato duraturo, nell'adulto viene provocato da irritazioni della mucosa (ulcerazioni gastriche e duodenali) oppure da cause tossiche (intossicazione da morfina).

Nell'intestino si osservano spasmi generali (colica saturnina) e spasmi localizzati. Specialmente frequenti sono gli spasmi del colon che forse sono in alcuni casi la causa di costipazione cronica. Spasmi acuti, talvolta anche duraturi, si osservano nel retto e nei suoi sfinteri, determinati, o da irritazioni della mucosa (dissenteria, emorroidi, fessure) o da affezioni dell'apparato genitale (anessiti, prostatiti, ecc.); essi provocano una speciale forma di costipazione. Forse gli spasmi del retto possono in alcuni casi provocare la malattia di Hirschsprung.

La terapia degli stati spastici consiste in primo luogo nella rimozione della loro causa (psicoterapia, cura della lesione che determina gli spasmi riflessi ecc.) in 2° luogo, nella somministrazione di farmaci. Si devono curare gli stati spastici per due ragioni: 1° per le sensazioni dolorose che essi provocano, 2° per l'ostacolo alla progressione del contenuto intestinale che da essi deriva. La cura sintomatica che rimuove soltanto la sensazione dolorosa, agendo sul centro percettivo (morfina) deve essere abbandonata; la cura razionale è quella che fa cessare i dolori rimovendo la componente ipercinetica degli spasmi. Si può ottenere ciò con farmaci che o agiscono direttamente sulle cellule muscolari (papaverina) oppure che paralizzano le vie nervose afferenti parasimpatiche (atropina, novatropina); l'ultimo metodo riesce solo nei casi nei quali lo stimolo spasmogeno percorre effettivamente vie parasimpatiche. — Utile è l'associazione di atropina e papaverina in dosi non troppo scarse. L'effetto di tali farmaci, la soppressione dello spasmo per paralizzazione della sua componente ipercinetica, si manifesta soggettivamente con la scomparsa dei dolori uno o due minuti dopo somministrazione endovenosa, 20' - 30' dopo somministrazione sottocutanea o per os. Gli stati ipertonici (quali si osservano in certe forme di cardiospasmi e pilorospasmi) vengono influenzati dai detti farmaci solo in quanto che ne vengono rimossi degli stati dolorosi secondarî. Gli stati ipertonici permanenti possono venir rimossi soltanto con mezzi meccanici (dilatazione forzata, intervento chirurgico). POLLITZER.

Tumori benigni dello stomaco.

(ENSTERMAN-SENTY. *Surg., Gynec. and Obstet.*, 1922, n. 1).

Nella clinica dei Mayo dal 1907 al 1921 sono stati operati contro 2,146 cancri dello stomaco, 27 tumori benigni dello stomaco che rappresentano l'1,3 % di tutti i tumori gastrici operati. Questi 27 tumori comprendevano:

10 Miomi (3 leiomiomi, 3 adenomiomi, 4 fibromiomi).

5 Fibromi.

4 Emangiomi.

2 Dermoidi.

1 Poliposi gastrica (papillomi multipli a struttura adenomatosa).

2 Adenomi.

3 Polipi (Tumore peduncolato unico a struttura adenomatosa).

Soltanto 17 volte i tumori erano primitivi nel senso che rappresentavano l'unica causa delle sofferenze del paziente; negli altri 10 casi vi erano contemporaneamente delle ulcere.

Etiologia. — 12 pazienti erano maschi, 15 donne. L'età variava da quella di un ragazzo di 8 anni che aveva una dermoide del peso di 1 kg. sulla parete posteriore dello stomaco a quella di un uomo di 67 anni che aveva un emangioma sulla parete anteriore dello stomaco. Il maggior numero di tumori fu trovato nella 2ª e nella 6ª decade di vita (6 per ciascuno) e la metà di tutti i pazienti aveva più di 40 anni.

Anatomia patologica. — In 13 casi il tumore era vicino al piloro, in 5 sulla parete posteriore, in 5 su quella anteriore, in 2 distribuito su tutto lo stomaco; in 1 caso interessava anche il digiuno e l'*esofago*, in 1 caso la sede non era ben definita.

La maggioranza dei tumori erano sessili, pochi peduncolati.

Sintomatologia. — L'analisi del succo gastrico e la sintomatologia non portano un grande contributo per la diagnosi.

7 pazienti presentavano un tumore palpabile: 3 fibromiomi, 2 fibromi, 1 dermoide, 1 leiomioma.

10 pazienti avevano ematemesi o melena ripetute con anemia e debolezza generale, prodotte da ulcerazioni od erosioni di una porzione del tumore, 3 di questi con angiomi avevano ematemesi gravissime.

7 pazienti presentavano stenosi pilorica, ed in 1 con fibromioma della parete posteriore, il tumore aveva determinato un'intususcezione della parete posteriore dello stomaco nel duodeno.

Nei casi di tumori a sede inxtapiloria molte volte i pazienti accusavano dolori colici che simulavano le coliche della calcolosi biliare; in altri casi specialmente di miomi del piloro con o senza stenosi si aveva una sindrome che simulava quella di un'ulcera duodenale.

La radiografia fa rilevare degli aspetti identici a quelli del cancro gastrico; ma il ritardo dello svuotamento del pasto di bario al di là delle 6 ore è meno frequente che nel cancro gastrico.

L'esame del succo gastrico ha dato spesso ipocloridria.

L'intervento chirurgico che gli autori non descrivono per nessuno dei casi dà risultati finali eccellenti.

L. D.

Della gastroenteroanastomosi senza torsione dell' ansa digiunale.

(POULLIOND. *Journ. de Chir.*, febbraio 1922, numero 2).

I buoni risultati consigliano l'A. ad illustrare una particolarità di tecnica della gastroenterostomia da lui sperimentata da lungo tempo.

La maggioranza dei chirurgi esegue la gastroenterostomia secondo i precetti di Rochwitz e Marion ritorcendo l'anca digiunale in modo da disporla in senso isoperistaltico.

Viceversa l'A. ha da lungo tempo eseguita la gastroenterostomia posteriore con ansa cortissima e senza torsione, cioè lasciandola nella sua direzione da destra a sinistra, vale a dire in senso antiperistaltico.

La stomia così eseguita risulta a 1-2 dita dal Treiz diretta parallelamente alla g. curvatura però alquanto obliqua in basso e a sinistra. La breccia mesocolica va fissata alla parete gastrica intorno alla stomia.

L'A. crede questa stomia antiperistaltica, che chiama diretta, giustificata da ragioni anatomiche ben illustrate recentemente da William Mayo; e cioè dal fatto che il digiuno lasciando il Treiz obliqua in basso e a sinistra sino al lato sinistro della colonna vertebrale e poi flette da sinistra a destra. Or nella gastroenterostomia crede bene rispettare questa disposizione naturale e perciò quando si usa ansa corta disporla come trovasi da destra a sinistra, cioè antiperistaltica, quando invece si usa ansa lunga da destra a sinistra in senso isoperistaltico.

Essenziale è quindi non alterare la disposizione naturale, perchè in caso contrario l'ansa, cercando riacquistarla, non provochi disturbi.

Nella stomia diretta gli alimenti dello stomaco con spinta dall'alto in basso raggiungono l'ansa e qui son mosse nel giusto senso dalla peristalsi di questa favorita dal gran flusso di liquido biliare-pancreatico e duodenale, che in un caso di fistola duodenale l'A. vide raggiungere i 2 litri al giorno.

L'A. non rivendica la priorità di questo processo, che è stato eseguito anche da Hochenegg (1897), da Roux (1898) e più recentemente (nel 1906) da W. Mayo, che ne sostiene la bontà circa l'eliminazione del circolo vizioso acuto e cronico; ma intende portare il contributo della sua esperienza personale, la quale gli permette di affermare: 1° di aver evitato a questo modo gli inconvenienti del circolo vizioso, che lo avevano preoccupato nei primi

anni di chirurgia gastrica; 2° di avere ottenuto un neopiloro clinicamente e radiologicamente perfettamente funzionante.

Analoghi buoni risultati vantano i sostenitori della stomia isoperistaltica a lunga ansa alla Marion; ma se ben si osserva, nelle loro pubblicazioni si trovano inconvenienti da circolo vizioso che li costringono ora a lavaggi gastrici ora a digiuno — stomie, per cui si deve pensare che lo stomia diretta sia più sicura.

Non ostante il suo favore per la G. E. diretta ad ansa corta l'A. ammette, che talvolta, in via eccezionale, la iso-peristaltica ad ansa lunga può avere indicazione; come in un caso di fistola duodenale da lui curato con esclusione pilorica in cui praticando la G. E., per evitare reflusso nel duodeno, fece ansa lunga isoperistaltica e aggiunse per cautela digiuno — digiuno stomia; e in un altro caso in cui il digiuno lasciando il Treiz andava non a sinistra ma a destra e perciò credette preferibile conservare questa sua disposizione naturale. GUSSIO.

Cura dell'ulcera duodenale.

(NIENY, *Zentralblatt für Chirurgie*, n. 31, 6 agosto 1921).

L'esclusione permanente del piloro così difficile a stabilirsi può essere facilmente raggiunta mediante la tecnica di Eiselsberg. Ma, come oggi si tende ad ammettere, non è opportuno eliminare il succo gastrico della parte prepilorica e quindi numerosi sono stati i tentativi per evitare questo inconveniente. Un metodo che sembra corrispondere bene alle esigenze richieste consiste nel creare un tampone nel senso di Roth, eseguito mediante una plicatura dello stomaco, ma non in senso longitudinale, bensì in quello trasversale sulla parete anteriore dello stomaco, ciò che viene facilmente raggiunto istituendo delle pliche sullo stomaco mediante punti staccati fino a tre dita trasverse dal piloro cominciando da questo la serie dei punti. Questo tampone persiste anche dopo anni e non scompare neanche nella dilatazione di stomaco raggiungendo anzi così completamente il suo scopo. La valvola che viene in questo modo creata chiude lo stomaco tanto meglio quanto più valida è la peristalsi gastrica, mentre permette il rigurgito del secreto duodenale ciò che nel chimismo ha un'importanza fino ad oggi troppo trascurata. Nell'ipercloridria; ad es., il succo pancreatico riesce a neutralizzare l'eccesso di acidità. La creazione di una valvola nel senso indicato permette adunque di escludere il piloro, di conservare la parte prepilorica, di permettere il rigurgito del succo duodenale.

In 7 casi (fin al 1920) così operati associati alla gastro-enterostomia anteriore (6 ulcere e un cancro della papilla) 4 mesi dopo l'operazione la esclusione era perfetta e la prova ripetuta della benzidina rimase sempre negativa. Il metodo quindi meriterebbe una maggiore diffusione e applicazione. *Mgz.*

Diagnosi differenziale delle ulcere del tenue: ulcera da distrutta metastasi di un ipernefroma maligno occulto.

(A. W. FISCHER. *Zentralblatt f. Chirurgie*, numero 31, 6 agosto 1921).

Oltre le ulceri tbc. e tifosa, facili a riconoscersi, e quelle actinomicotiche ed emboliche diagnosticabili col sussidio del reperto istologico, sono state descritte specialmente da AA. italiani le ulceri semplici del tenue caratteristiche per la spiccata tendenza alla perforazione. In un caso osservato dall'A. si trattava di un individuo di 58 anni che in 9 mesi fu operato 3 volte per peritonite da perforazione. Mentre l'esito fu felice nelle prime due volte, dopo l'ultimo intervento il paziente venne a morte. Si trattava sempre di un ulcera del tenue, netta a stampo, senza margini callosi, nè infiltrazione infiammatoria nè alterazioni vasali marginali. All'autopsia si trovò un ipernefroma del rene sinistro con metastasi nel mesentere. Certamente l'ulcera doveva essere dovuta al disfacimento di una metastasi intestinale malgrado il reperto istologico negativo anche nell'ultima volta. Non fu potuto dimostrare alcuna alterazione delle arterie mesenteriche. La rarità del caso e la assenza di qualsiasi dimostrazione della causa dell'ulcera, conferiscono un interesse non comune alla comunicazione in parola. MINGAZZINI.

Megacolon.

(LADD. *The Boston med. und surgical Journal*, 27 gennaio 1921).

È più conveniente dare alla malattia di Hirschsprung il nome di « dilatazione congenita idiopatica del colon » preferendolo anche alle altre denominazioni di megacolon e simili, ragioni storiche e di proprietà suggerendolo, La malattia in questione, essendo propria dell'infanzia, va assolutamente distinta dal pseudo megacolon degli adulti, malgrado non manchino AA., il Broadly, ad es., che sostengano come sia possibile che la malattia pur essendo comparsa nell'infanzia si sia manifestata solamente più tardi: ma nel mega-

colon degli adulti manca qualsiasi dato anamnestico che permetta di sostenere tale teoria, mentre è preferibile allora, ammettere una patogenesi puramente meccanica. Nel vero megacolon la ricerca della patogenesi è pura speculazione teorica. Treves ritiene causa del megacolon un ostacolo alla fuoriuscita delle feci, ma questo dato manca spesso mentre d'altro canto con un'atresia anale non si accompagna il megacolon. Hawkin's ammette un difetto neuro-muscolare causa di una paralisi di un segmento intestinale con conseguente ristagno di feci. Finnej non si associa a questo modo di vedere in base alle sue ricerche secondo le quali sarebbe dimostrata la presenza di nervi e muscoli.

L'A. in base alle sue ricerche e di quelle di altri che si sono occupati dell'argomento ritiene che la questione sia ancora da risolvere e che per ora il megacolon sia da considerarsi come una anomalia di sviluppo. Anatomopatologicamente si trova un'ipertrofia e una dilatazione enorme del colon a limiti netti. Più di frequente il segmento colpito è il colon discendente col sigma; talora vien preso tutto il colon dal cieco al retto. Il tenue viene sempre risparmiato. Il mesocolon in genere si ipertrofizza o per meglio dire si allunga ma ciò non avviene così spesso come viene descritto da altri AA. La parete dell' intestino appare 2-3 volte più spessa del normale. Microscopicamente si osserva un'ipertrofia della muscolare e della mucosa con aumento del connettivo interstiziale: in qualche caso di megacolon inveterato, non mancano segni di flogosi consecutivi ad ulcerazioni della mucosa. Clinicamente i casi si rassomigliano tutti: Fin dalla nascita o poco dopo si manifestano lunghi periodi di costipazione senza che si accompagnino a segni di occlusione acuta. Qualche volta le feci si scaricano quotidianamente malgrado una tremenda stasi fecale, quando cioè le feci liquide passano attraverso le solide senza trascinarle. I periodi di costipazione possono durare anche delle settimane. Talora durante i periodi di tossiemia la distensione del colon raggiunge gradi estremi e provoca dispnea e disturbi cardiaci. Obbiettivamente i bambini si presentano emaciati, col sensorio ottuso, ventre prominente con reticolo venoso assai evidente. Il diaframma è innalzato; la peristalsi del colon quasi mai evidente. La diagnosi con accurata anamnesi è in genere facile e confermata da un esame obietivo completo sopratutto se sussidiato da una ricerca radioscopica col clistere opaco. La cura medica, consistente nella somministrazione di purganti, elettricità, ginnastica e simili, tende a vincere la costipazione ed è stata tentata più volte con successo. Chirurgicamente è stata praticata la spremitura delle feci attraverso una breccia laparotomica, una plicatio del colon, una sua fissazione ammettendone la torsione come causa della malattia, ma senza alcun successo duraturo. La colostomia latero-laterale dopo resezione parziale del colon è l'operazione di scelta, la cui esecuzione richiede l'uso di un grandissimo clamp. Dopo la sutura bisogna mettere un tubo di sicurezza che immesso nell'ano risalga fin sopra la sutura superiore.

Vengono riportate 5 storie di pazienti affetti da megacolon, in cui s'intervenne sempre, meno che in un caso, in un tempo solo: 2 ne morirono.

Nella letteratura esistono 113 casi. 60 furono no curati con cure mediche: 41 ne morirono (67 %); 4 non migliorarono (6 %); 8 migliorarono (13 %); 7 ne guarirono (12 %). Gli altri trattati chirurgicamente furono 58 con 24 morti (41 %); 2 non migliorarono (3 %); 8 migliorarono (14 %); 24 ne guarirono (41 %). La maggior parte delle morti è dovuta a peritonite. La cura medica va riservata solo nei casi di media gravità, e al chirurgo debbono essere affidati i casi gravi e quelli che sono stati curati invano con cure mediche e prima che si trovino in extremis. MINGAZZINI.

Dissenteria bacillare cronica e colite grave.

(D. KLING. *Wiener Kl. Wochens.*, n. 11, 1922).

Non esiste un reperto positivo, sierologico o batterico, col quale si possa dimostrare in modo evidente il nesso etiologico tra colite grave e dissenteria; la dimostrazione dei bacilli dissenterici spesso non riesce nemmeno durante lo stadio acuto della dissenteria bacillare, e le prove agglutinanti col siero dei malati hanno dato ai vari ricercatori dei risultati contradditori. Per affermare e dimostrare quindi che la colite grave è di solito una conseguenza della dissenteria, si dovrebbe osservare direttamente il passaggio di forme dissenteriche acute in forme croniche di colite grave. L'A. ha potuto fare ciò in 11 casi, seguiti fino dai primi sintomi dissenterici tipici. Soltanto in 3 casi e anche in questi durante il solo periodo acuto, fu possibile isolare dalle feci il bacillo dissenterico; l'agglutinazione ricercata col siero di 4 malati, in un caso riuscì negativa, in due casi positiva 1 : 100, in un solo caso positiva 1 : 400.

In questi 11 casi (il 0.4 % di tutti i casi di dissenteria acuta osservati dall'A.) fu possibile constatare direttamente la trasformazione

della dissenteria acuta nel complesso sintomatologico della colite grave, muco, pus e sangue in quantità nelle feci, spasmi e atonia, anemia, talvolta cachessia, ipertrofia della mucosa del colon che giunge persino alla formazione di verruche e di polipi, ulcerazioni, iperemia, edema. Uno dei casi (9 %) morì dopo 8 mesi. Iperemia, edema e ipertrofia della mucosa si osservano anche nelle forme acute transitorie di dissenteria e nelle coliti di altra natura; caratteristica della colite grave post-dissenterica è solamente la lunga durata di tali sintomi.

I fattori che determinano la colite grave sono dunque in primo luogo l'intensa reazione all'infezione primitiva (dissenteria), in secondo luogo una scarsa o nulla tendenza alla guarigione della mucosa intestinale lesa. Il primo fattore necessariamente manca in quei casi, nei quali si ha una necrosi profonda della parete intestinale, che arrivando fino alla *muscularis mucosae* rende impossibile ogni fenomeno reattivo, col distruggere glandole e vasi: perciò la colite grave non consegue mai alle forme dissenteriche più gravi. Esaminando le varie forme di ulcerazioni che si possono vedere nel retto in casi di colite grave, l'A. ha potuto constatare che nessuna forma può dirsi caratteristica della colite post-dissenterica, nè può in alcun modo determinare per sè stessa il carattere cronico dell'affezione. Come la sierologia e la batteriologia, nemmeno il reperto anatomico delle alterazioni parietali dell'intestino riesce a dimostrare un rapporto tra colite grave e dissenteria.

Lo studio di altri 6 casi di colite grave in ammalati dalle cui indicazioni risultava nettamente una passata dissenteria, ha persuaso l'A. che la colite grave può venire determinata da tutti quei fattori, che sogliono determinare una colite semplice, se questi fattori colpiscono un organismo, che per cause costituzionali od accidentali ha una scarsa capacità di riparare le lesioni della mucosa del colon. Il primo posto tra questi fattori spetta indubbiamente all'infezione dissenterica, di fronte a cui, specie in tempo di epidemia tutti gli altri fattori quasi spariscono.

Cura. — Occupa il primo posto la cura dietetica L'alimentazione deve essere non irritante, nutriente e povera di scorie, i singoli pasti non molto abbondanti.

I vari metodi di cura specifica (autovaccinazioni, iniezioni endovenose di sieri antidissenterici polivalenti o di autovaccini) vantati da alcuni autori sono stati trovati inefficaci da altri. La sieroterapia durante lo stadio acuto della dissenteria non riesce ad impedire lo sviluppo consecutivo di una colite grave. Contro gli spasmi e il tenesmo giovano l'oppio e le supposte di belladonna e di morfina. Molto importante è la cura locale. Con essa si cerca di ottenere una buona pulizia meccanica dell'intestino, evitando però qualsiasi azione irritante da parte dei medicamenti introdotti. L'A. raccomanda di iniziare la cura locale con clisteri di soluzione di dermatolo, di passare poi, se l'intestino non reagisce con sintomi di irritazione, a clisteri di soluzioni leggere di ittiolo, acido tannico, nitrato d'argento, soluzioni che in mancanza di sintomi irritativi si possono concentrare sempre più. Per poter lavare meglio l'intestino, è utile in molti casi aprire una fistola artificiale e irrigare attraverso questa; essa sarà tenuta pervia per molto tempo dopo la guarigione.

La formazione di un ano contro natura alla regione cecale, che col mettere a riposo il colon ne dovrebbe favorire la guarigione è un intervento grave per sè stesso e per le sue conseguenze.

Tutti questi metodi di cura solo in pochissimi casi riescono a guarire la colite grave.

POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. RUBINO. *Manuale di Terapia Clinica.* — Prezzo L. 70. — Casa Editrice F. Vallardi, Milano.

È l'ottava edizione di un libro che per la sua diffusione oramai è noto a tutti i medici italiani e che perciò non richiede ulteriore illustrazione e raccomandazione.

La mole del libro con le successive aggiunte e perfezionamenti tipografici è andata progressivamente aumentando, tanto che al titolo di *Formulario terapeutico* è stato ora sostituito quello più proprio di *Manuale di Terapia Clinica.*

Alla nuova edizione non mancherà il successo che meritatamente l'opera del Rubino ha già conquistata. *dr.*

HUGEL, DELATER, ZOELLER. *Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire?* (A. Maloine e Fils, Parigi, 1922).

Contiene schematicamente riassunti tutti i dati che le varie indagini di laboratorio possono fornire in appoggio alla diagnosi delle affezioni morbose. Se tale volumetto può essere utile guida allo studente ed al medico pratico per indicare quali siano le più necessarie prove di laboratorio da compiere in ogni malattia, d'altra parte per ogni risultato fornito dall'in-

dagine microscopica, chimica e bacteriologica espone per quale malattia sia caratteristico o di frequente constatazione. *Tr.*

KÜLBS F. *Leitfaden der Medizinisch-Klinischen Propädeutik* (3ª ediz.). (Springer, Berlino, 1922. Mk. 27).

Come l'A. avverte nella prefazione alla nuova edizione del suo volume: *Vade-mecum deve essere e tale deve rimanere.* E veramente esso rappresenta un utile manuale, sia per lo studente che per il medico pratico, ove i diversi dati che la semeiologia può fornire sono opportunamente riassunti e schematizzati, ed illustrati con nitide figure. È diviso in due parti, una di diagnostica generale che tratta della percussione, ascoltazione, ispezione e palpazione, ed una di diagnostica speciale ove espone quanto i mezzi semeiologici fanno rilevare nelle malattie dell'apparato respiratorio, del cuore e dei vasi, degli organi addominali, del sangue, delle ghiandole endocrine del sistema nervoso. *Tr.*

A. BIELD. *Innere Sekretion.* Vol. I, parte I, e vol. IV. — Prezzo di ciascun volume marchi 356. — Editori Urban e Schwarzenberg, Berlino-Vienna.

Di quest'opera, che a giudicare da ciò che se ne è pubblicato sembra completa ed esauriente, abbiamo solo la prima parte del I volume ed il IV volume.

A dare un'idea dell'ampiezza e compiutezza di questo trattato basta accennare al fatto che tutto il IV volume di 480 pagine è dedicato alla elencazione di tutti i lavori, articoli, manuali che si sono pubblicati su l'endocrinologia.

Ad ogni modo per dare un giudizio complessivo attendiamo la pubblicazione degli altri volumi. *dr.*

FREY HERMANN. *Der künstliche Pneumothorax.* (*Kompendium für des praktischen Arzt*). (Franz. Deutiske. — Lipsia, 1921).

Non solo nella cura della tubercolosi polmonare, è stato applicato il pneumotorace artificiale, ma anche in quella delle pleuriti essudative, e la semplicità del metodo ne permette una facile applicazione. Nel piccolo volume del Frey il medico pratico troverà convenientemente svolti tutti i problemi che si connettono al pneumotorace artificiale, e ampiamente trattati sia la tecnica da usare, sia le indicazioni e controindicazioni, e le complicazioni che possono sopravvenire. Anche la parte di semeiologia del pneumotorace trova adeguato svolgimento. Ogni parte è trattata in modo chiaro, semplice e conciso. *Tr.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

IV Congresso italiano di radiologia medica.

(Bologna, 9-11 maggio).

Il IV Congresso di Radiologia ha iniziato il giorno 9 i suoi lavori nei grandiosi locali dell'Istituto Rizzoli di Bologna gentilmente concessi dal Commissario prefettizio comm. Bellini e dal Direttore sanitario prof. Vittorio Putti, con presenza di numerose personalità cittadine e da un gran numero di radiologi, medici e tecnici.

Il presidente di Congresso prof. Busi ha rivolto agli intervenuti il saluto augurale dando parola al sen. prof. Corbino il quale in una dottissima conferenza ha esposto all'assemblea i principii fisici odierni che si applicano in terapia radiologica, dimostrando con esposizione chiarissima quale enorme progresso abbia fatto la fisica nello studio delle radiazioni.

L'illustre oratore è stato vivamente applaudito dall'assemblea.

Nel pomeriggio il prof. Balli ha svolto la sua relazione sui «Limiti fra il normale ed il patologico nella radiologia dell'apparato digerente»: egli ha illustrato con avvincente dizione e con estesissima cultura corredata da numerose dimostrazioni di radiogrammi, i numerosi problemi diagnostici che si incontrano nello studio delle lesioni dell'apparato digerente.

La dotta relazione ha dato luogo ad ampia discussione completata da varie relazioni attinenti all'argomento trattato dal relatore. Fra gli altri han preso la parola il prof. Alessandrini, Saraceni, Arnone, Pesci. Han fatto seguito altre comunicazioni di diagnostica radiologica sulle lesioni polmonari e cardio-vascolari del prof. Ceresole, Gortan, Siciliano, Maragliano, ecc.

Il giorno seguente si sono ripresi i lavori.

Prima fra le altre è apparsa di grande interesse quella del prof. Tandoia di Napoli sulla diagnosi radiologica dell'ulcera duodenale: l'oratore ha saputo con rara competenza e con numerose dimostrazioni di radiogrammi illustrare questo importante capitolo della patologia, che particolarmente interessa oggi la moderna radiologia. Alla discussione cui ha dato luogo questo interessante tema prendono parte il prof. Parola, Ponzio, Palmieri, Vespignani.

In seguito in seduta privata dei soci della Società Italiana di radiologia si è tenuta l'Assemblea generale, nella quale furono trattati vari argomenti di indole scientifica e professionale e si è proceduto alla elezione del nuovo Consiglio ed alla designazione della sede e della presidenza del V Congresso. Sono riusciti eletti per il biennio 1922-23 il prof. Bertolotti; vice-presidente prof. Balli; consiglieri Arnone, Brunetti, Cardinale, Cumbo, Dentico, Montanari, Saraceni, Sessa, Spinelli; confermati: il segretario-cassiere prof. Ponzio; redattore-capo della Rivista prof. Perussia.

Su proposta del prof. Busi fu acclamato presidente onorario della Società e del V. Congresso il prof. sen. Corbino.

Fu scelta come Sede del prossimo Congresso Palermo, presidente il prof. Scaduto, vice-presidente il prof. Arnone.

Nel pomeriggio si è iniziata la discussione sugli argomenti riguardanti la terapia profonda sopratutto in relazione alla radioterapia dei tumori. Han preso la parola riferendo sui loro risultati i proff. Sighinolfi, Nigrisoli, Perussia, Bertolotti, Ponzio, Spinelli, Maragliano, Busi, Conti e dalla vivace trattazione dei vari quesiti biologici, fisici e terapeutici si è potuto stabilire come i progressi odierni della radioterapia anche se non possono assicurare per ora la guarigione del cancro, permettono in molti casi di considerare la terapia profonda quale mezzo migliore per il trattamento delle lesioni neoplastiche dell'utero e della mammella. Altre comunicazioni in argomento furono riportate dai proff. Bertolotti, Ponzio, Cardinale, Viganò, Spinelli, Saraceni, Gortan, Rossi.

La discussione sul tema della terapia si è ripresa nel giorno seguente: i dott. Spinelli, Del Buono, Saraceni, Possati han riferito in particolare sulla tecnica terapeutica oggidì suggerita dalle Scuole tedesche di Seitz e Wintz e di Friedrich Oessaver.

La vivace discussione che si è svolta al riguardo fu conclusa con la proposta all'assemblea del prof. Ceresole di incaricare i radiologi preposti a grandi Istituti Ospedalieri di intraprendere rigorose ricerche sistematiche le quali potranno essere riferite al prossimo Congresso.

La questione della rontgenterapia della malaria è stata largamente corredata da molti dati statistici, dal prof. Rossi, dott. Pais, Spagnolio e si è protratta ancora nelle prime ore del pomeriggio: sull'interessante argomento han pure interloquito i proff. Ceresole, Fornario, Ponzio, dimostrando come molti problemi debbano essere ancora studiati prima di stabilire l'esatto valore dei mezzi oggidì usati.

Han fatto seguito altre numerose comunicazioni: parlarono in tema di terapia cutanea i dottori Tarchini, Viganò, Conti: il prof. Gortan riferì alcune interessanti osservazioni sulla terapia dei tumori cerebrali, prof. Gavazzeni sulla terapia del morbo di Basedow; di radiodiagnostica han parlato i dottori Brunetti, Palmieri, Vacchelli, Arnone, Duranti, Siciliano, ecc.

All'inizio di alcune sedute l'ing. Luboshiez ha trattato diverse interessanti questioni di tecnica radiografica, esponendo nuovi indirizzi pratici per ottenere miglioramenti dell'immagine radiografica. L'ing. Iten ha fatto riferire sull'uso del diaframma Potter-Bucky, e sullo stabilizzatore costrutto dalla Casa Victor e con cinematografie ha illustrato la costruzione del tubo di Coolidge.

Durante il Congresso è stata fatta una esposizione di apparecchi radiologici. Il numero veramente eccezionale di espositori ha reso molto interessante la mostra e particolarmente va resa lode alle Case costruttrici italiane Bobbio e Cardelle, Gorla e Balzarini le quali han dimostrato come l'industria italiana non abbia a temere per nulla confronti con le migliori Case straniere, anzi per alcuni riguardi si dimostrano ad esse superiori.

Il Congresso è terminato con un discorso di chiusura del prof. Busi, il quale ha riassunto con molta chiarezza e competenza le idee principali esposte sui vari argomenti durante le discussioni ed ha conchiuso con l'augurio che dagli studi comuni si affermi sempre di più il valore della radiologia italiana. N.

Società Sassarese di Scienze mediche e naturali.

Seduta del 9 maggio 1922.

Azione dei bromuri sulla viscosità del sangue.

I. SIMON. — Le esperienze fatte col bromuro di sodio gli permettono di affermare che questo farmaco abbassa notevolmente nell'animale vivente la viscosità del sangue. Per cui, mentre sono in corso esperienze sul NaCl e sul NaFl in vivo, comunica questi primi risultati sui bromuri, facendo notare l'importanza nuova che i bromuri acquistano per tale loro proprietà, finora non nota, sia dal punto di vista farmacologico, come da quello terapeutico.

Di alcuni casi di simbiosi spiro-bacillare trattati col silbersalvarsan.

C. LOMBARDO. — L'O. riferisce su 30 casi di diverse affezioni nelle quali la simbiosi spiro-bacillare si ritiene o si sospetta essere importante elemento etiologico, e che egli trattò col Silber e Neosilbersalvarsan.

Dopo avere analizzato i risultati, comparandoli con quelli avuti con gli stessi preparati, nelle varie forme luetiche, conclude che non mostrano un'azione particolarmente attiva.

Introdotti per via endovenosa, non hanno una sicura azione favorevole nei casi di Noma, Pulpite, Piorrea Alveolare, Gengivite cronica, Condilomi acuminati, come neppure fanno diminuire il quantitativo dei spirocheti saprofiti.

Il Silbersalvarsan, per iniezioni endovenose, ha per contro una netta azione terapeutica nei casi di ulcera tropica, ulcera folgorante dei genitali, angina del Vincent, Stomatite ulcero-cancrenosa, Stomatite ed angina mercuriale, ed anche di Balanopostite e Vulvite erosiva, determinando la scomparsa degli spirocheti e dei bacilli dalle lesioni, e la riparazione delle lesioni stesse.

Il Segretario.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponda privatamente. LA REDAZIONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Arteriosclerosi cerebrale e demenza organica.

L. Neuberger (*Journal des praticiens*, 18 marzo 1922) riconosce che per lo studio delle encefalopatie dovute all'arteriosclerosi si deve anzitutto rivolgere l'attenzione al terreno, alla reazione individuale. Questa è funzione dell'eredità, del carattere (di cui si deve sempre tener conto per gli opportuni confronti) della senilizzazione precoce, del grado di debolezza mentale, dell'eventuale alcoolismo cronico.

Le lesioni cerebrali possono essere diffuse (attacchi apoplettici precedenti, vertigini, emiparesi, disartria-disfagia, disturbi della parola, della mimica, associazione di una sindrome midollare di tipo pareto-spastico) o circoscritte. In queste ultime, vi possono essere: 1) lesioni simmetriche delle regioni corticali o centrali che danno paralisi pseudo bulbari, con lentezza dei movimenti, disartria, disfagia e salivazione, disturbi psico-reflessi (riso e pianto spasmodici); 2) trombosi della cerebrale anteriore (attacchi senza localizzazione emiplegica persistente, mono e paraplegie incomplete, disturbi della memoria e dell'attività psichica spontanea); 3) della cerebrale posteriore, e specialmente 4) della silviana sinistra, che determina l'emiplegia volgare.

Dei segni fisici, si ricercheranno particolarmente: i riflessi tendinei (sempre bruschi, e scosse, esagerati, con un certo grado di asimmetria); il riflesso cutaneo plantare (si nota il più spesso estensione dorsale delle dita, unilateralità od asimmetria); le reazioni di difesa, le sincinesie, il clono, le retrazioni tendinee.

Dal punto di vista mentale, l'arteriosclerosi cerebrale si segnala per due *deficit*, la demenza e l'afasia. Il carattere della demenza è di essere parziale, ineguale, lacunare, e di portarsi con predilezione su certe facoltà.

Si porterà l'attenzione sui seguenti disturbi:

1° *Affettività*. — Alterazione del carattere, l'individuo è brontolone, sospettoso, irritabile, d'umore mobile, imprevidente: ha eccessiva emotività, piange facilmente, è preoccupato della salute, dei propri famigliari; sensibilità esagerata.

2° *Intelligenza*. — È meno toccata di quanto sembri a prima vista: vi sono alterazioni della memoria, allungamento del tempo di reazione, la sintesi mentale è difficile. Sono però conservate l'autocritica e la nozione di personalità; invece di presentarsi con pieno disgregamento mentale, il demente organico è spettatore più o meno cosciente del suo impoverimento mentale ed è impaziente delle sue infermità della parola e degli impedimenti alla espressione del pensiero.

3° *Caratteri evolutivi*. — La demenza organica ha un decorso irregolare: sopra un tono di depressione abituale si innestano, ad intervalli, periodi di confusione con semistupore, più spesso accessi di collera furiosa con eccitazione motrice e tendenza aggressiva verso gli individui che circondano il demente. Questi è quindi ad un tempo un individuo impotente e pericoloso di cui ognuno tende a sbarazzarsi.

4° *Disturbi dell'espressione*. — Vanno anzitutto ricercati quelli afasici: spesso un individuo stupido ed indifferente non è che un afasico motore, che riconosce l'oggetto, ma non può dirne il nome: talora, un tremore del braccio è il segno degli sforzi infruttuosi e mette in evidenza la dissociazione fra l'intelligenza e l'espressione.

Lo studio delle afasie, con quello dell'eventuale agnosia ed aprassia va unito a quello degli altri disturbi della espressione, mediante un'osservazione *continuata* dei gesti, delle attitudini, della condotta, ecc. Il quadro clinico è poi riassunto in certo modo dalla *facies*, di cui esistono diversi tipi: fra questi, il più frequente è la *facies* pseudo bulbare, con viso immobile, attonito, testa pendente con labbra inerti che lasciano scolare la saliva, sguardo fisso, ansioso, parola ad instabilità esplosiva. Costante è l'asimmetria delle due metà del viso.

Dal punto di vista dell'evoluzione, è importante il mettere in rilievo l'irregolarità con parossismi, che traducono l'intermittenza e l'ineguaglianza di azione di nuove emorragie o di processi infiammatori: così si spiegano le crisi di epilessia, di violenza, gli ictus afasici.

Frequente è negli arteriosclerotici, verso la sessantina, la perdita momentanea della contrattilità volontaria (catalettibilità) con tendenza a conservare le atttitudini (catatonismo).

fil.

Sindrome ipofisaria.

È alla Società medica degli Ospedali di Parigi (*Bulletins et mém*, etc., 1922) che Achard e Rouillard ne presentano un caso.

Si trattava di uno chauffeur sessantatreenne il quale soffriva da una quindicina di anni,

in ciascun inverno, di bronchiti e di tanto in tanto a periodi di iposistolia. Due mesi prima del ricovero in Ospedale presenta crisi di soffocazione ben differenti dai veri accessi asmatici ed apparentemente di origine cardiopolmonare.

Entra in ospedale dispnoico, oligurico, tachiaritminico: 50 gocce di adrenalina migliorano prontamente lo stato del paziente. Ma l'esame del malato rivela altri fatti interessanti.

È sviluppato esageratamente il mento, allargato e sporgente in avanti; tale deformazione rimonta ad epoca lontana ma sembra che da sei mesi siasi accentuata nettamente. Le arcate zigomatiche sono proeminenti, come pure le arcate sopraciliari. Normale è il mascellare superiore e la volta palatina. Mancano parecchi denti. Sviluppato è il padiglione dell'orecchio.

Il cranio è ben conformato.

Le mani sono, senza però avere uno sviluppo eccessivo, voluminose. I piedi ben conformati con leggera tendenza al piede piatto.

Lieve scoliosi a convessità verso destra. Tendenza alla cifosi dorsale.

Ricercati sistematicamente i sintomi che traducono talora l'aumento di volume dell'ipofisi, non è stato riscontrato nè cefalea diffusa, nè algie temporali, nè dolori del globo oculare, nè disturbi olfattivi. Non esiste alcun disturbo visivo.

La radiografia mostra una sella turcica profonda, con cavità un poco esagerata.

Risalta l'insufficienza di sviluppo degli organi genitali esterni e dei caratteri sessuali. Mancano quasi completamente i peli: ne esistono rari sul labbro superiore; il mento è glabro; cinque o sei peli alle ascelle; al pube il sistema pilifero è poco sviluppato e mostra una disposizione triangolare a base superiore non propria del tipo mascolino. Peli corti e rudi sul cuoio capelluto. Mammelle normali.

L'asta è corta e poco sviluppata: evidente ipospadia. Il malato afferma che nell'erezione, le dimensioni della verga sono normali. Dei testicoli il sinistro è piccolissimo, molle, e compresso non dà luogo alla sensibilità caratteristica: anche il destro è piccolo, molle e presenta un nodo duro blenorragico sulla coda dell'epididimo.

I desideri sessuali paiono marcati; il coito è ancora possibile al malato: però non ha mai avuto dalla moglie dei figli.

La voce è normale.

Negli antecedenti si riscontrano: quattro blenorragie, un ittero catarrale, degli ascessi a lento decorso al polpaccio sinistro, allo sterno, al perineo.

Nessuna tara ereditaria.

Nelle urine nè zucchero, nè albumina. Le prove per la ricerca del potere glicolitico mostrarono una insufficienza glicolitica. Gli AA. terminano facendo notare la riunione nello stesso malato di diversi elementi delle principali sindromi ipofisarie: così notansi frammenti della sindrome acromegalica (mento - pomelli - arcate sopra-ciliari - cifoscoliosi), della sindrome d'infantilismo (atrofia degli organi genitali, deficit dei caratteri sessuali secondari); per tali fatti gli AA. credono giustificata la diagnosi di sindrome ipofisaria di etiologia incerta. MONTELEONE.

TERAPIA.

Associazione di chinina e digitale nelle malattie di cuore.

Esiste un antagonismo tra alcuni effetti cardiaci della digitale e alcuni effetti cardiaci della chinina, antagonismo che da un lato riesce utile per prevenire (quando si devono somministrare per lungo tempo piccole dosi di digitale, o per curare l'intossicazione digitalica, d'altro lato per rinforzare alcuni effetti desiderati (prolungamento della diastole); per tali ragioni è spesso utile l'associazione dei due farmaci. Nell'aritmia perpetua la chinina ha un'azione diretta sulla causa dell'affezione, mentre la digitale ha un'azione puramente sintomatica; l'associazione dei due farmaci è indicata in quei casi in cui si è determinato uno scompenso (dannosa la sola digitale) mentre è controindicata nei casi senza scompenso (utile il solo chinino). In tutti i casi nei quali la fibrillazione è stata determinata dall'insufficienza cardiaca (vizî valvolari, ecc.) si deve dare la sola digitale fino alla scomparsa dei fenomeni di scompenso; allora soltanto si potrà associare alla digitale la chinina.

(E. Starkenstein. *Dent. Med. Wochenschrift*, n. 13-14, 1922). POL.

Il tartaro stibiato rimedio specifico.

Per gli adulti il rimedio si usa in soluzione acquosa all'1 %. Un colore giallognolo torbido indica che la soluzione è alterata ed inservibile. È meglio iniziare la cura con l'iniezione endovenosa di una dose di 6 cmc. (6 ctg. del farmaco) quantunque ne vengano tollerati anche dosi di 15-20 ctg. Le iniezioni vanno eseguite dapprima ogni giorno, poi ogni 2 giorni (12 iniezioni in 3 settimane; dopo un riposo di

2-3 settimane si può riprendere la cura). Nei bambini la dose iniziale è, a seconda dell'età, di 2 ctg. o più.

Fenomeni accessorî molesti sono l'arrossamento del viso e oppressione respiratoria che si manifestano già durante l'iniezione e tosse irritativa; questi fenomeni innocui scompaiono in pochi minuti e così pure il sapore metallico. Il fenomeno accessorio più molesto è senza dubbio la dolorosa rigidità muscolare, che aumenta col prolungarsi della cura; la rigidità (muscoli del dorso e masticatori) dura solo 1-2 giorni e nei casi più gravi comporta un'impedimento funzionale. Per attenuare i fenomeni accessorî si eseguiscono le iniezioni a digiuno, facendo stare poi in riposo i malati. Tosse stizzosa e conati di vomito cessano in seguito a respirazioni profonde e a sorsi di acqua fredda. Si può anche somministrare 1/2 ora prima dell'iniezione, della codeina (3 ctg.). Molto usato specialmente per bambini è lo « Stibengl » (p. acetilaminofenilstibinato di sodio); si può usare per via endomuscolare ed è meno tossico del tartaro stibiato. La dose per bambini sotto i 2 anni è di 3 ctg., aumentando (iniezioni ogni 2-3 giorni) fino a 10 ctg.; per bambini sopra i 2 anni di 5 fino a 12 ctg. (Caronia).

(M. Mayer. *Med. Klinik.*, n. 17, 1922).

POL.

Un caso di intolleranza per l'aspirina.

Jean Lamblin comunica alla Società Anatomo-clinica di Lilla (*Journal des sciences méd. de Lille*, 1922, n. 22), il caso seguente:

Una signora di 50 anni per calmare dei vaghi dolori lombari prende g. 0.25 di aspirina. Un'ora dopo l'assorbimento avverte un prurito violento massimo a livello degli arti inferiori, con senso di tensione dei tegumenti del viso. Le sembra impossibile respirare con il naso e di parlare. Accusa violenta cefalea, il suo cuore batte violentemente. Malessere generale, senza nausee, senza vomito. Il giorno dopo, il viso è *in toto* succulento, si notano voluminosi edemi delle palpebre, delle labbra, delle guancie, con chiazze di urticaria qua e là. Verso il quarto giorno di malattia ogni traccia di intossicazione è scomparsa.

È interessante notare che la p., conoscendo la sua sensibilità verso l'aspirina, non aveva mai voluto prendere una compressa intera (0.50) di aspirina.

Evidentemente siamo in presenza di una suscettibilità particolare verso l'aspirina, come spesso succede verso l'antipirina ed il piramidone, fatto relativamente raro. MONT.

Sul meccanismo d'azione della tubercolina.

H. v. Hayek e L. Wieser (*Ztschr. für Tuberkulose*, n. 4, 1922) combattono in tutti i suoi punti la teoria di Selter, che la tubercolina agisca sul tessuto tubercolare alla guisa di un catalizzatore senza venir essa stessa modificata.

L'esperienza pratica si accorda soltanto con quella teoria secondo la quale la tubercolina agirebbe per mezo dei prodotti intermedi che si formano durante la sua scomposizione (prodotti anafilatossici).

I prodotti terminali della scomposizione, non sono più tossici, le manifestazioni infiammatorie dell'ipersensibilità si presentano perciò soltanto quando la scomposizione avviene in maniera incompleta o troppo lenta, quando cioè esiste uno squilibrio tra lo stimolo (quantità di antigene) e la reazione ad esso (produzione di anticorpi. POL.

Sulle infusioni endovenose di glucosio.

Di fronte alla soluzione di cloruro di sodio (soluzione fortemente dissociata) la soluzione di glucosio offre, per le infusioni endovenose, il vantaggio della più grande costituzione molecolare, della componente energetica dello zucchero, e della sua qualità di soluzione di un cristalloide, non dissociata. Iniezioni endovenose di soluzioni ipertomiche (50 %) di glucosio furono usate sperimentalmente per proteggere animali dall'edema polmonare determinato dalle inalazioni di fosgene. Tentativi analoghi fatti in diversi processi essudativi polmonari nell'uomo, diedero risultati contraddittorî. La soluzione ipertonica di glucosio richiama i liquidi dai tessuti nel sangue; ne è perciò utile l'infusione endovenosa nei processi essudati della pelle (spec. pemfigo) e in special modo in quegli stati nei quali è utile un lavaggio interno dei tessuti (malattie infettive). L'acqua richiamata dai tessuti porta via con sè delle sostanze tossiche, per cui risulta un aumento della funzionalità dei tessuti malati (cuore). L'infusione determina talvolta un senso di pressione al capo e senso di calore; sono fenomeni transitorî. In casi rari l'iniezione di glucosio è seguita da rialzi termici e da brividi. Danni permanenti non sono mai stati osservati, nemmeno iniettando delle soluzioni molto concentrate.

(H. ZIMMER. *D. Med. Wochenschrift*, n. 14, 1922). POL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il vago ed il simpatico nei rapporti con il labirinto non acustico.

S. Traina (*Atti della Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Roma*, 1921) ha studiato in numerosi casi il comportamento del labirinto posteriore durante le prove farmacodinamiche del simpatico e del vago, volendo stabilire il posto occupato dall'organo dell'equilibrio nei rapporti col sistema nervoso della vita vegetativa.

Dal complesso delle sue minute ricerche, egli è venuto alle seguenti conclusioni, che sono certamente di notevole importanza:

1) Il labirinto non acustico risente dell'azione dei farmaci simpatico-tonici e vagotonici;

2) L'adrenalina rende più rapide e durature le scosse di nistagmo, anche quando il sintoma vertigine viene ridotto od abolito per azione dello stesso farmaco (ciò conferma la osservazione di Bilancioni il quale trovò che manca il parallellismo tra il nistagmo e la vertigine labirintica);

3) I farmaci ad azione dinamica opposta agiscono nello stesso modo in individui di tipo diverso, e cioè viene resa meno intensa la vertigine quando si inietta adrenalina nei vagotonici e pilocarpina nei simpaticotonici; per contro, la somministrazione di pilocarpina nei vagotonici e di adrenalina nei simpaticotonici, rende più intense le vertigini. L'azione sfavorevole dell'adrenalina si manifesta però solo nei soggetti spiccatamente simpaticotonici; in quelli con ipertonia lieve è nulla o quasi;

4) Negli individui in cui non si hanno note spiccate di simpaticotonia o di vagotonia, l'adrenalina, l'atropina e la pilocarpina possono non far risentire la loro azione sul labirinto: sono questi i tipi ad equilibrio simpaticovagale valido; in altri i farmaci suddetti fanno indistintamente aumentare l'intensità delle vertigini: sono gli individui ad equilibrio simpaticovagale debole od instabile;

5) Il labirinto non acustico si comporta quindi come indice spiccatamente sensibile nell'ipertonia del simpatico e dell'autonomo, poichè con le varie prove funzionali è agevole poter fare diagnosi di simpaticotonia o di vagotonia, specie tenendo conto delle reazioni del labirinto alla pilocarpina, la quale rende più grave la vertigine nei vagotonici, e meno grave, se saputa adoperare, nei simpatocotonici.

Alfredo Parlavecchio.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1270) *Uso dell'uricometro di Ruhemann.* — Al dott. F. D'Ambrosio, Rio Marina:

Si mette solfuro di carbonio sino al segno S e soluzione di jodio sino al segno J. La soluzione jodica è così preparata; jodio gr. 0.50, joduro potassico gr. 1.25, alcool cmc. 7.50, glicerina cmc. 5, acqua cmc. 100.

Si aggiunge poi lentamente a gocce l'urina, agitando sino a scoloramento del colore rosso dello jodio. Si legge allora direttamente sul tubo graduato la quantità di urati, espressi in acido urico, contenuti in mille cmc. di urina, ossia la cifra che si trova a livello del menisco inferiore del liquido. Se gli urati sono scarsi è preferibile aggiungere la soluzione jodica sino al segno che si trova tra le indicazioni S e J, riportare con acqua sino a J e poi procedere come sopra. In questo caso la cifra letta dovrà essere ridotta della metà. G. Sampietro.

(1271) *Nell'ipertricosi.* — All'abb. n. 8931 (1):

Il miglior mezzo è l'epilazione elettrolitica, la quale, applicata con le cautele necessarie e da persona esperta, non è molto dolorosa.

V. M.

(1272) Al dott. G. F., da R. di N.:

Lacapère. *Le traitement de la Syphilis avec les nouveaux composés arsénicaux.* — Manon éd., Paris, 1921.

Emery. *Le traitement actuel de la Syphilis.* — Paris, Baillière et fils, éd., 1921. V. M.

(1273) Al dott. F. F., abbonato n. 13267, da Lucca:

Per la *tubercolosi ileo-cecale,* veda M. Loeper: *Progrès médical,* 25 marzo 1922, e le tesi di Parigi di Geslin (1913) e Noyer (1914).

fil.

VARIA

L'abolizionismo e le donne moderne.

Come riconosce la signora Alice Schiavoni Bosio, in una conferenza tenuta a Roma recentemente, il movimento abolizionista è nel campo dei costumi l'espressione di nuove tendenze e di nuovi atteggiamenti i quali devono trovare, ed in alcuni paesi hanno già trovato, la sanzione e la risoluzione in provvedimenti d'ordine giuridico. Il principio etico su cui si fonda il movimento abolizionista è quello della *morale* uguale fra i sessi e della uguale *responsabilità* nelle conseguenze dei loro rap-

porti. Secondo tale movimento lo Stato invece sconvolge l'idea di responsabilità con l'istituzione di regolamenti atti a procurare al vizio maschile sicurezza ed irresponsabilità, facendo pesare sulla sola donna le conseguenze di un atto compiuto in comune, mentre non è legalmente ammissibile l'imporre ad essa un regime d'eccezione.

Il movimento abolizionista sorse in Inghilterra nel 1869 per opera di associazioni femministe al grido di guerra lanciato dalla Butler, dichiarante aperta ribellione alla proposta di applicare il regime regolamentare in 18 città, sede di dipartimenti militari. Lunga ed aspra fu la lotta, ma la collettività femminile ottenne dopo 16 anni di fare abrogare la legge e di vedere così il primo crollo del sistema regolamentarista, che aveva regnato in Europa dall'inizio del secolo scorso.

Non dunque per una questione di moralità o di igiene, ma per affermare un suo *diritto* insorse la donna, ribellandosi ad un regime che la degradava, ne disconosceva la personalità, ne abbassava il valore nel campo giuridico, economico, sociale, rendendola sola responsabile di un fatto in cui l'uomo entra come elemento altrettanto essenziale. Strettamente connessa con tale questione è quella per la conquista del suffragio femminile, che al pari dell'abolizione è già stato raggiunto in Inghilterra, Norvegia, Danimarca, Olanda, Svezia. Nelle altre Nazioni si lotta tuttora allo scopo di sgretolare quegli edifici, nei quali, con l'intento di tutelare il buon costume, l'igiene e l'ordine pubblico, si nasconde un cumulo di iniquità a base di sfruttamento e di speculazione sulla miseria, l'abbandono, il dolore, l'incoscienza e la depravazione della donna stessa.

Si viene così a trasformare l'atteggiamento della Società di fronte al fenomeno della prostituzione, affermando che questa non contiene gli elementi costitutivi del reato e che quindi lo Stato non ha il diritto di sottoporre per ragione di costumi, tutta una categoria di donne ad un regime d'eccezione.

Abolizionismo però non significa lasciar correre. Alla passiva tolleranza dell'invadente corruzione ed al principio dominante che inspira il sistema regolamentarista dell'ineluttabile necessità del male, l'abolizionismo oppone quello dell'assoluta necessità di combatterlo. Si oppone così allo spirito fiscale arbitrario e corruttore del regolamentarismo, il senso della solidarietà umana, la fede nella possibilità di redenzione, l'azione di assistenza e soccorso alla donna pericolante o traviata. Tale opera si può svolgere (come accade in Germania, per ovviare agli inconvenienti che deriverebbero dalla brusca applicazione della riforma) per mezzo di Uffici di assistenza e soccorso, dipendenti dallo Stato o dal comune. Direzione e funzionamento di tali uffici sono in gran parte affidati ad elemento femminile, il quale, oltre ad avere un certo grado di istruzione generale, deve aver frequentato un corso di coltura sociale ed aver fatto due anni di tirocinio. Tali uffici, a differenza delle *assistenti di polizia* (Inghilterra, Germania), le quali lavorano alle dipendenze della polizia, in riguardo alle donne ed ai fanciulli, che hanno subito una condanna, sostituiscono l'opera della polizia dei costumi nella denuncia e trattamento dei casi di facili costumi e di malattie veneree, e nell'assistenza igienica e sociale a donne o fanciulli arrestati per la prima volta. Per questi uffici occorre un personale dotato di cuore e di fine intuito psicologico, poichè l'educazione delle prostitute può, ancor meno di qualsiasi altra, farsi sopra un modello uniforme; occorre procedere caso per caso a seconda delle singole individualità. Significante è l'opera svolta per redenzione di tali donne, dalla signora Ersilia Mayno a Milano con l'*Asilo Mariuccia* e dalla signora Avril de St-Croix, pioniera dell'abolizionismo, a Parigi.

L'abolizionismo segna inoltre un'altra fase nella lotta antivenerea: la regolamentazione è stata inadatta per impedire il propagarsi delle malattie veneree; abolite invece le case di prostituzione, la lotta antivenerea assumerebbe il carattere di una grande azione pubblica d'interesse generale, senza distinzione di sesso, di ceto, di professione. Negli Stati Uniti, dove la regolamentazione non si è mai applicata per l'accanita resistenza delle donne, si è sviluppata, come anche in Australia, Canadà, ecc., una nuova legislazione antivenerea, la quale riconosce, come è ovvio, l'uguaglianza assoluta dei sessi, nel senso che anche l'uomo ammalato il quale rifiuta di curarsi è soggetto a penalità che arrivano fino all'internamento forzato.

Il movimento abolizionista, basato sopra una questione di diritto femminile, è energia potente di elevamento morale e sociale. La civiltà moderna che ha impegnato una guerra ad oltranza contro la tubercolisi, l'alcoolismo, ed altre piaghe, ha incominciato altresì una lotta uguale, contro le forme più grossolane del vizio commercializzato, e l'oratrice confida che si possano raggiungere e superare, in Italia, le mète già altrove conquistate.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il dispensario politico quotidiano.

Con questo titolo il «Pensiero Sanitario» pubblica:

Da qualche tempo è stata richiamata l'attenzione della classe su di una buffonata che, tollerata nei primi momenti forse solo per la sua ridicolaggine, ora va dilagando e deve essere repressa. Intendiamo alludere alle rubriche tenute da medici su giornali politici quotidiani dove ogni giorno vengono spiattellate tutte le più varie e diverse cure, gratuitamente ed a distanza a tutti gl'isterici, a tutte le donne, donnette e donnine, ed a tutti i gonzi che ne facciano richiesta.

Questa nuova trovata da cerretani che danneggia la scienza, che offende la serietà dell'arte medica, e che trascina nel buffo la tristezza delle sofferenze umane che pur dovrebbero essere rispettate; questa sconcezza che può mano mano dar luogo alle più invereconde speculazioni, non deve essere ulteriormente tollerata.

Un'azione concorde delle varie Organizzazioni di classe, Federazioni, Ordini, Sindacati, deve intervenire per richiamare i medici che si rendono strumento di questa umiliante degenerazione dell'esercizio professionale, alla realtà, e per imporre loro di finirla.

La scienza non deve ammettere questa forma di dispensari gratuiti sulla stampa... politica quotidiana, sia per il rispetto che dobbiamo a noi stessi, sia per la tutela che merita la salute anche di quei gonzi che, abboccando all'amo, si illudono di ritrovarla nella «piccola posta» della rubrica del medico nei giornali quotidiani.

Se vi sono medici colti che amano essere in contatto con i lettori per diffondere una sana parola, vi sono ben altri argomenti di profilassi pubblica e di medicina sociale che possono essere trattati per formare una coscienza collettiva sul valore della grande arte risanatrice nei riguardi della salute e della economica del Paese: ma a far ciò, occorrono una notevole preparazione e speciali attitudini perchè tale opera di propaganda diventi proficua.

Se tali rubriche nascondono il proposito di inoculare, con l'inganno, nel pubblico, la fede in taluni medicinali prediletti, è uopo denunciare che la forma prescelta è disonesta.

Se, poi, vi sono dei colleghi che hanno imbracciato questa mortificante forma di giornalismo per... vivere, si decidano a cambiar mestiere ed a cambiar rubrica.

L'esercizio della medicina, per le sue tradizioni millenarie, per la nobiltà stessa dell'opera che si compie, per quell'orgoglio che pur deve accompagnare, attraverso le amarezze quotidiane, la esplicazione di una missione che ha del sovrumano, non può, non deve essere trascinato nel rigagnolo torbidetto della «piccola posta» per confondersi con gl'indirizzi larvati delle bische, con gli adescamenti delle vedove che cercano il «signore serio» o con le circonlocuzioni circospette delle levatrici reduci dalla galera che fanno la *réclame* all'aborto procurato. Se, ordunque, vi sono dei medici che non tralasciano la loro sensibilità fino a tanto, urge che coloro i quali son chiamati a tutelare il decoro della scienza ed il buon nome degli altri medici, intervengano energicamente per impedire il perpetuarsi di simili porcherie.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia d'*Arezzo*. Dottori: Donati Antonio, Castiglion Fiorentino — Catola Gaspare, Bucine — Lusardi Giovanni, Monte San Savino — Bindi Ferruccio, Poppi — Ferranti Edoardo, Cortona — Landi Oreste, Castel San Niccolò — Castelli Gino, San Giovanni Valdarno — Barbiera Pietro, Subbiano — Frittelli Gino, Terranuova Bracciolini — Scatolari Giulio Cesare, San Sepolcro — Sandrelli Vittorio, Badia al Pino — Galletti Gallo, Anghiari — Picconi Gino, Lucignano — Rosini Pietro, Montevarchi.

Provincia di *Modena*: Dottori: Boccolari prof. Antonio, Modena — Merighi Mario, Mirandola — Gambigliani Zoccoli Luigi, Formigine — Cariani Edoardo, Vignola — Orlandi Alberto, Monfestino — Bellodi Luigi, Marano — Facchini Carlo, Concordia — Buffagni Arcadio, Concordia — Biziocchi Paolo, Ravarino — Ricci Francesco, Nonantola — Paltrinieri Edgardo, Carpi — Bertani Donato, Castelnuovo Rangone — Simonini Leandro, Castelvetro — Vandini Dino, Spilamberto — Barbanti Lodovico, Sassuolo — Rotella Paolo, Sassuolo — Mumm Carlo, Modena — Muzzarelli Attilio, Modena — Gazzotti Arturo, Modena — Corsini Carlo, Modena — Sarti Carlo, Modena — Panini Guido, Modena — Cavazzuti Francesco, San Cesario — Bonacini Pio, Finale Emilia — Nocetti Luigi, Bomporto — Koehler Giacomo, Bomporto — Orsolato Gaetano, San Possidonio — Mussi Giuseppe, Camposanto — Bassi Riccardo, Campogalliano — Montorsi Lorenzo, Nonantola — Schiavolin Antonio, Soliera — Rossi Giovanni Battista, Soliera — Cavani Giorgio, Vignola — Manzini Giuseppe, Fiorano — Crespolani Erminio, Savignano.

Provincia di *Trapani*: Dottori: Accardi Antonio, Campobello di Mazzara — Maltese Paolo, Salemi — Palermo Luigi, Gibellina — Ciozzo cav. Giuseppe, Castellammare del Golfo — Colomba Paolo, Paceco — Napoli comm. Matteo, Partanna — Surdi Gaspare, Vita — Anastasi Guglielmo — Marsala — Giustolisi Luigi, Marsala — Bertolini Alberto, Marsala — Di Giorgi Francesco, Marsala — Anselmi Giovanni, Marsala — Renda Antonino, Alcamo — Pucci cav. Egidio, Trapani — Rizzuto Francesco, Camporeale — Napoli Vito, Mazzara del Vallo — Lagrutta Giuseppe, Mazzara del Vallo — Palumbo Giuseppe, Salaparuta — Rubino

Melchiorre, Mazzara del Vallo — Serra Francesco, Mazzara del Vallo — Corsini Giuseppe, Pantelleria — Valenti Anastasio, Santa Ninfa — Terranova Tommaso, Trapani — Fundaro Matteo, Trapani — Orbosne Nicolò, Trapani — Ancona Giuseppe, San Giuliano — Mazara Giovanni, Calatafimi — Pollara Dante, Trapani (fraz. di Marsusa).

Provincia di *Ravenna*: Dottori: Bolis Vincenzo, Faenza — Ceroni Giovanni, Brisighella — Trincossi Giuseppe, Ravenna — Meruzzi Cassiano, Alfonsine — Bertaccini Ettore, Cervia — Bargero Amos, Castelbolognese — Carnacini Domenico, Riolo Bagni — Galliani Giuseppe, Bagnacavallo — Benini Bindo, Lugo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9451) *Aspettativa per motivi di famiglia.* — Dott. O. dei M. di R. — Anche stando in aspettativa per motivi di famiglia non si spezza il rapporto di impiego, che avvince l'Amministrazione al proprio dipendente. Per tale ragione l'impiegato in aspettativa per motivi di famiglia resta sempre a disposizione del Comune e non può accettare un altro impiego in altro posto, senza correre il rischio di essere dichiarato dimissionario.

(9452) *Età utile per partecipare a concorsi.* — Dott. A. S. da P. — Quella contenuta nella pagina 65 della «Legislazione sanitaria» è una affermazione che deriva dalla parola stessa della legge, la quale accenna a servizio prestato in altro Comune, ma non accenna alle modalità del servizio stesso, se, cioè, fatto come titolare o supplente, come ordinario o straordinario, ecc., ecc. Il servizio da Lei prestato presso un'azienda municipale non, come dice, municipalizzata, non è certamente di condotta e non può, pertanto, essere invocato per ottenere la esenzione dal limite di età prefisso. Gli anni di servizio già prestati non sono riscattabili agli effetti della pensione, nemmeno pagando il contributo degli anni decorsi. Gli anni di laurea non sono calcolati agli effetti della pensione, come per gli impiegati governativi. Ogni anno di guerra equivale ad una campagna da aggiungersi al novero degli anni di servizio ordinario.

(9454) *Appalto di esattoria.* — Dott. D. G. da A. — La moglie del medico condotto può essere esattore comunale, non esistendo all'uopo incompatibilità nell'articolo 14 della legge sulle riscossioni. Non si ripercuote alcuna incompatibilità nemmeno sul marito della esattrice, che è medico condotto. Anche per i beni parafernali, vi è bisogno del consenso maritale.

(9455) *Aumenti quinquennali - Pensione.* — Dott. N. G. da C. — Gli aumenti quinquennali sono corrisposti anche al medico supplente, sempre che nel capitolato o nell'atto di nomina ne sia consentita la concessione. In quanto alla pensione, il periodo di tempo passato come medico supplente è ritenuto utile.

(9456) *Concorso al posto di medico condotto.* — Dott. C. V. da P. — Essendo in attività di servizio, non si può prendere parte ad un concorso per medico condotto.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANTICOLI CORRADO (*Roma*). — L. 7000 p. pov., L. 300 uff. san.; L. 200 arm. farm.; L. 500 disag. resid.; c.-v. Età limite 40. Serv. entro 20 giorni. Scad. 30 g. dal 12 giugno. Luogo di villegg.

BONDENO (*Ferrara*). — Due cond.; L. 7500 oltre L. 1200 trasp.; 5 quadrienni dec.; L. 150 ogni 100 pov. sopra 1000; tutte le indenn. c.-v. Scad. 30 giu.

BORGHI (*Forlì*). — Scad. 30 giu. L. 8000 e 10 bienni ventesimo; 2 caro-viv., L. 3000 cavalc., lire 700 uff. san.

CEGGIA (*Venezia*). — Scad. 10 luglio. L. 8000; cav. L. 3000; malaria L. 800; uff. san. L. 500; alloggio con attiguo ambulatorio; cinque quadrienni decimali, e due quinquenni ventesimali, doppio c.-v.

CERANO (*Novara*). — Scad. 30 giu. Seconda cond. L. 7000 complessive, compr. L. 500 trasp. e c.-v.

CONTARINA (*Rovigo*). — A tutto 10 lug., 2 condotte: L. 7500 per 1000 pov., L. 100 ogni gruppo di 50 pov. o fraz., L. 3500 trasp., L. 2000 a una delle due cond. per disag. resid.; c.-v. Servizio entro 15 giorni. Facoltà di annullare il concorso quando i concorrenti fossero meno di due.

COTRONE (*Catanzaro*). — Scad. 1º luglio. L. 5500 lorde oltre L. 500 indennità malaria e due c.-v.

DOVADOLA (*Firenze*). — Capoluogo. Scad. 30 giugno. L. 6000 e 8 trienni. Direz. Ospedale L. 3000. Se uff. san. L. 500. Doppio c.-v. Età lim. 40. Sana e robusta costituz. e attitudine al disimpegno del servizio oggetto del concorso. Situaz. di fam. Certificato gener. studi. Titoli chirurgici; due anni in clinica chirurgica o reparti chirurgici di ospedali di capoluogo di prov. — 2ª condotta; stesse condiz. meno Ospedale e titoli chirurgici; L. 4000 cav. revidibile annualmente; assistenza operaz. chirurg. L. 500. Ab. 1918, pov. 122.

FAVIGNANA (*Trapani*). — Scad. 30 giu. Capoluogo. L. 6000 sino a 1000 poveri, suppletiva di L. 3 sino alla concorrenza di 2000 poveri, cinque quinquenni decimo, c.-v. Età limite 35 con trè anni di servizio professionale.

GROSSETO. *R. Prefettura.* — Il termine utile per la presentazione dei documenti per l'ammissione al concorso ad ufficiale e medico-capo del comune di Grosseto è prorogato sino al 30 giugno.

LATISANA (*Udine*). *Ospedale Civile «Regina Elena»*. — Chirurgo-medico-ostetrico e direttore tecnico; L. 9000, c.-v. e 5 sessenni di L. 500. Scad. 15 luglio, rimanendo in facoltà dell'Ammin. Ospedaliera di prorogare la scadenza. Età limite 40. Tre anni clin. od osped. civ. Situaz. fam.

MELENDUGNO (*Lecce*). — Scad. 10 luglio. Seconda condotta, L. 5000, quattro quinquenni decimo, c.-v. di legge. Età limite 45.

MODIGLIANA (*Firenze*). — Scad. 30 giu. Per campagna; L. 6000; due caro-viv.; L. 4000 cav. reved. annualm.; ab. 2400 di cui 5 poveri. Otto trienni decimo.

MONTENERO VALCOCCHIARO (*Campobasso*). — Scad. 10 luglio. L. 3000; uff. san. L. 500; primo c.-v.

Novara. — Scad. 30 luglio. Medico scolastico. Lire 10,000 e 5 aumenti decimo fino a raggiungere L. 15,000, oltre le due ind. c.-v. di compl. L. 2400.

Panicale (*Perugia*). — Scad. 30 giu. Prima cond. L. 6000 con tre quinquenni decimo, L. 150 direttore Ospedale Civile, L. 500 uff. san., L. 2500 cav.; c.-v.

Perugia. *Ufficio d'Igiene e Sanità*. — Tre condotte rurali; a tutto 15 lug.; docum. all'Ufficio di Segreteria; L. 6000, doppio c.-v., L. 300 ambulat.; L. 200 assicur.; soli poveri.

Ponzano Romano (*Roma*). — Scad. 30 giu. L. 7000 p. poveri; due caro-viv., L. 300 uff. san. Cinque quadrienni dec. Tariffa speciale abbienti Stato di famiglia.

Pravisdomini (*Udine*). — Scad. 30 giu. L. 6000, doppio c.-v.; L. 1000 bicicletta; L. 500 uff. san.

Prezza (*Aquila*). — L. 6000; se uff. san. L. 500; c.-v.; per cav. L. 2000. Scad. 30 giugno.

Salerno. — Scad. 15 luglio. Quarta zona urbana, L. 4500, doppio caro-viv, cinque sessenni decimo.

S. Anatolia di N. (*Perugia*). — Il concorso è prorogato al 15 luglio.

Santo Stefano Cadore (*Belluno*). — Scad. 30 corr. L. 16,000, trasp. L. 3500; uff. san. L. 400; c.-v.

Trequanda (*Siena*). — Per due frazioni; L. 6500, doppio c.-v. e indenn. supplem. per la fam.; sei quadrienni dec. Scad. 30 giugno.

Diffide e boicottaggi.

Si ricorda che il concorso per il 2° reparto di S. Giorgio di Nogaro (con l'interinato) è boicottato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ernesto Tramonti, residente a San Paulo (Brasile), neurologo dell'Ospedale Portoghese e dell'Ospedale di carità del Braz, ha vinto il concorso per titoli a neuropatologo e direttore del Gabinetto di Elettroterapia e di Terapia Fisica in quell'importantissimo Ospedale Umberto I.

Rallegramenti cordiali al nostro valente e carissimo collaboratore.

In esito al concorso per direttore sanitario e chirurgo primario presso l'Ospedale di Loreto in Napoli, la Commissione aggiudicatrice ha proposto la terna: proff. Aievoli e Guidone *ex aequo*, prof. Chiarolanza al terzo posto. Il Governo del Pio Luogo si era riservata libertà di scelta. È stato eletto il prof. Guidone.

Il comm. prof. Franco Crosti, chirurgo primario all'Ospedale Maggiore di Milano, è autorizzato a trasferire nella R. Università di Pavia la docenza in clinica chirurgica e medicina operatoria per titoli, conseguita presso la R. Università di Siena.

Il prof. Attilio Curcio, direttore dell'Istituto Ortopedico Ravaschieri in Napoli, è promosso grande ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il comm. prof. Cesare Agostini, direttore del Manicomio provinciale di Perugia, è nominato cavaliere nell'Ordine Mauriziano, in considerazione di particolari benemerenze acquistate in dipendenza della guerra.

Il dott. Salvatore Terranova di Palermo è insignito della croce di cavaliere della Corona d'Italia dietro proposta d'un Comando in guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

XVI Congresso della Società Freniatrica.

La Società Freniatrica Italiana, che è ora presieduta dal prof. Enrico Morselli della R. Università di Genova, terrà, come abbiamo annunziato, il suo XVI Congresso in Roma nei giorni 26, 27 e 28 del prossimo ottobre 1922. Il Comitato ordinatore nella Capitale è presieduto dai proff. G. Mingazzini, S. De Sanctis e A. Giannelli; segretarii ne sono i proff. dott. F. Buonfiglio e G. Fumarola.

I temi generali del Congresso sono i seguenti: 1° *Nosografia e patogenesi delle Psiconeurosi* (rel. proff. G. Modena di Ancona e A. Morselli di Genova); 2° *Patogenesi della Epilessia detta essenziale* (rel. prof. C. Besta di Milano e L. Roncoroni di Parma); 3° *Schizofrenie e pseudoschizofrenie* (rel. prof. G. Montesano di Roma e dott. M. Kobylinski di Genova); 4° *Anatomia patologica delle Frenastenie* (rel. dott. Aretini di Arezzo e G. Pilotti di Roma); 5° *Il trattamento dei delinquenti pazzi secondo il Progetto del Nuovo Codice Penale* (rel. prof. G. C. Ferrari di Bologna). Saranno inoltre discussi argomenti relativi alla organizzazione della Società Freniatrica, e saranno bene accette comunicazioni isolate su argomenti scientifici e clinici.

La quota di inscrizione al Congresso è stata fissata in lire 40; il termine per il preannunzio delle comunicazioni scade il 15 settembre; sede del Segretariato generale: Roma, via Fabio Massimo, 57, presso il prof. Bonfiglio.

III Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

Il Consiglio direttivo dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi ha deciso che la III Conferenza Internazionale avrà luogo a Bruxelles dall'11 al 13 luglio. All'ordine del giorno dei lavori sono i tre temi seguenti: 1° La profilassi della tubercolosi nel fanciullo all'età prescolastica (relatore Debrè), all'età scolastica (relatore Fergus Hewatt). — 2° La profilassi antitubercolare nelle famiglie per mezzo delle infermiere visitatrici (relatori René Sand e Miss Ollmsted). — 3° Il lavoro dei tubercolotici durante e dopo la cura.

Saranno organizzate delle visite negli stabilimenti antitubercolari del Belgio.

Possono attingersi informazioni presso la Croce Rossa Italiana, Roma, via Toscana 10.

Congresso dei Medici alienisti e neurologi francesi.

Sarà tenuto a Quimper (Bretagna) nella prima settimana di agosto. Argomenti all'ordine del giorno: 1° Disordini mentali nell'encefalite epidemica (relatori Truelle e Petit); 2° Lesioni del sistema nervoso centrale nell'agitazione motrice e nella ri-

gidità (rel. Anglade); 3° Assistenza dei psicopatici e tutela dei diritti dell'individuo e della Società (rel. Courbon).

Un corso a Berck-Plage.

Nell'Ospedale Marittimo di Berck-Plage sarà tenuto, dal 17 al 29 luglio, un corso di 12 lezioni sulla tubercolosi osteo-articolare e ganglionare e su alcuni elementi di ortopedia pratica. Il corso sarà diretto dal dott. Sorrel, chirurgo negli ospedali di Parigi e chirurgo capo dell'Ospedale Marittimo, con la cooperazione dei dottori Andrieu, Tridon, Parin. Per informazioni scrivere al dottor Parin, Hôpital Maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Una conferenza su Ramazzini.

La Scuola universitaria dei Medico-periti giudiziari di Genova ha chiuso solennemente l'annuale corso con la commemorazione di Bernardino Ramazzini, promossa dalla Associazione Ligure di Medicina legale. Nell'aula degli Istituti Biologici erano convenuti molti professori, medici, avvocati, laureandi, ecc.: era presente il clinico di Roma prof. Ascoli, cui il prof. Gian Giacomo Perrando, direttore della Scuola e dell'Istituto di Medicina legale, rivolse un caldo saluto e al quale l'uditorio fece una simpatica dimostrazione di cordiale ossequio. Dopo che il prof. Perrando ebbe riferito sul decorso della scuola, il prof. Alessandro Peri, benemerito cultore degli studi della Patologia del lavoro e della medicina pubblica, tenne la sua lettura, densa di concetti, con la quale entrò in un minuzioso e accurato esame dell'opera Ramazziniana, risorgente oggi, dopo due secoli, nei nuovi problemi della medicina pubblica. Seguirono interessantissime proiezioni di ritratti, busti, carteggi e memorie storiche del Ramazzini.

Per la Direzione generale della Sanità Militare.

Gli on. Capasso, Capobianco e Marracino hanno interrogato il ministro della guerra se non creda di smentire le inverosimili voci messe in giro, secondo le quali si vorrebbe collocare un funzionario tecnicamente incompetente alla Direzione Generale della Sanità militare, cui incombe non solo il compito della organizzazione dei Servizi sanitarî, ma anche la responsabilità della difesa della salute dell'Esercito.

Il dispensario antitubercolare di Varese.

Dalla relazione per il secondo anno di vita si rileva che in questo periodo il dispensario, diretto dal prof. Scipione Riva-Rocci con la cooperazione dei dottori Agostino Castiglioni, Carlo Lavit, Giuseppe Rabbi e Pisoni e della sig.na Riva-Rocci Boschiassi, ha esaminato 262 pazienti e ne ha riconosciuto tubercolotici 206, dei quali 160 hanno subito una cura ambulatoria; che sono state praticate 606 visite complete, 218 radioscopie, 2148 iniezioni iodoformiche tipo Calot, 20 pneumotoraci con 544 sedute di rifornimento; che per tutti i malati furono eseguite le inchieste famigliari, mentre non furono ancora possibili le inchieste domiciliari; che si è compiuta un'attiva propaganda orale; che ora si provvederà all'acquisto di mobilio adatto, di sputacchiere tascabili, di sedie a sdraio e ad allargare la sfera d'azione del provvido istituto.

Per Ramon y Cajal.

In occasione del ritiro dall'insegnamento ufficiale del grande scienziato spagnuolo, gli è stato reso un tributo solenne di ammirazione dalla Facoltà medica di Saragozza, dove il Cajal studiò medicina e fece i primi passi sulla via dell'insegnamento. Nel salone imponente e severo degli atti della Facoltà convennero molti scienziati, notorietà, rappresentanti; vi era stato collocato un busto del festeggiato. Parlarono il prof. Barobio, preside della Facoltà, il prof. Rocasolano, della Facoltà di scienze, il prof. Alvaro de San Pio, della Facoltà di lettere, il prof. Minguijón, della Facoltà giuridica, il rettore prof. Royo Villanova e uno studente; venne anche letta una missiva cordialissima del Cajal.

Nella stessa occasione la Reale Accademia di Medicina di Madrid ha consacrato una seduta al sommo biologo; la presiedette il prof. Martinez Vergas, decano della Facoltà. Questa ha nominato il Cajal rettore onorario.

L'accreditata «Revista Española de Medicina y Cyrugia» di Barcellona pubblica un numero monografico su Cajal.

Vengono preparate altre onoranze.

Il generale medico Petella.

Il prof. Giovanni Petella, generale medico della R. Marina, lascia, per limiti di età, la carica di Ispettore Capo di Sanità e la direzione degli «Annali di Medicina Navale e Coloniale».

Tutta la famiglia medica italiana conosce ed apprezza le doti di coltura e d'ingegno dell'illustre scienziato e professionista, che ha consacrato 42 anni della sua vita alla R. Marina. Il provvedimento che lo colpisce non può a meno di rammaricare; ma non varrà certamente a rallentare la sua feconda e fattiva operosità.

Il prof. Strauss.

Quale nuovo ministro dell'Igiene, Assistenza e Previdenza sociali è stato nominato in Francia il prof. sen. Paul Strauss, notissimo per gli studi e le opere compiute a tutela della maternità e dell'infanzia.

In memoria del prof. Giovannini.

Presso la R. Accademia di medicina di Torino, presenti le principali autorità accademiche e sanitarie del comune e della provincia, venne commemorato degnamente il prof. Sebastiano Giovannini, che per un trentennio insegnò clinica dermosifilopatica nell'ateneo torinese. Pronunziò il discorso commemorativo il prof. Fontana.

In memoria del dott. Barbano.

Nella Scuola del Pilone a Torino venne inaugurata una targa in onore del dott. Carlo Barbano, assistente dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni, morto al fronte in seguito a malattia contratta nell'adempimento del suo dovere. Furono lumeggiate le qualità di medico, di filantropo, di cittadino del compianto sanitario.

Sovieti studenteschi all' Università di Lima.

Il prof. Paz Soldan, ordinario d'igiene all'Università di Lima, dà notizia, in una relazione, di un movimento sedizioso di studenti iniziatosi nel 1919 e culminato in un convegno generale tenuto a Cuzco, nel quale s'insisteva per la partecipazione diretta degli studenti al governo dell'Università; il parlamento sanzionò alcune delle riforme sollecitate; seguì un'invasione a mano armata delle aule; 46 professori rassegnarono le dimissioni, non avendo ottenuto dal Governo una sufficiente deplorazione del fatto; gli studenti costituirono un « Comitato rivoluzionario di riforma universitaria », riconsciuto dal ministero dell'istruzione; dichiarati vacanti il rettorato e le cattedre occupate dai professori recalcitranti, si deliberò di reclutare nuovi professori, in specie all'estero, e di aprire concorsi; vennero occupati ambulatori e scuole da parte dei soviet studenteschi. Si è svolta una vivissima campagna per orientare la pubblica opinione in favore dell'uno o dell'altro dei due gruppi contendenti; e, in seguito a vivissime discussioni avvenute alla Camera e al Senato, si è formulato un nuovo progetto. Intanto gli studi sono da tempo interrotti.

Vittime dei raggi X.

È morto a Napoli, vittima della professione, il dott. Antonino Coppola, distinto radiologo. Precedentemente egli aveva subita l'amputazione di tre dita della mano destra, cadute in gangrena per azione dei raggi X.

Il dott. Coppola si era acquistato nel mondo medico napoletano molta simpatia e stima per la bontà dell'animo e per la competenza nella specialità che esercitava con passione e con sentimento di artista.

La sua morte ha destato profondo cordoglio.

***

Il radiologo dott. V. W. De Keating-Hart è morto a Parigi, dopo aver subito parecchie mutilazioni per lesioni da raggi X. Aveva compiuto importanti lavori sulla diagnostica radiologica del tubo gastro-enterico e sulla terapia dei tumori con la folgorazione, associata all'operazione cruenta.

Il 16 maggio moriva a Stuttgart uno dei più grandi clinici dei nostri tempi, il prof. WILHELM von LEUBE, che si apprestava a festeggiare il suo 80º compleanno. Era nato al Ulma e dei bavaresi aveva la forza di lavoro, la tenacia, la cordialità un po' chiassosa.

Da giovane aveva cominciato a consacrarsi all'arte; esitò a lungo prima di allontanarsene e non l'abbandonò mai del tutto: in specie la pittura italiana lo attrasse in modo irresistibile; già avanti negli anni scoprì e valorizzò il pittore Carlo Spitzweg. Fu anche un umanista.

Nel campo medico il von Leube era un diagnosta di una penetrazione e di un intuito inarrivabili; un Maestro dall'esposizione lucida e precisa, calda e ispirata; un ricercatore di genio. A lui si deve l'impiego della sonda per la diagnosi delle malattie gastriche. Tra gli altri suoi contributi menzioniamo l'albuminuria fisiologica, da lui per primo sicuramente accertata; i suoi studi sul ricambio, sul sangue, sulla secrezione urinaria (in collaborazione con Salkowski). Il suo lavoro sulla patologia del sistema digerente, scritto per il trattato di Ziemssen, è rimasto classico. Specialmente nota è la sua « Diagnosi speciale delle malattie interne », in due volumi, in cui consegnò la somma della sua esperienza clinica.

Von Leube fu un uomo complesso ed armonico, dotato insieme d'ingegno e di sentimento, ispirato ad altre idealità di scienza, d'arte, d'umanismo.

a. p.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Acad. de Méd., 4 apr. — A. PETTIT. Origine infettiva della sclerosi a placche. — C. SALOZ e P. SCHIFF. Epidemia di scarlattina negli adulti.

La Presse Méd., 12 apr. — G. MARINESCO. L'operazione di Steinach determina ringiovanimento? — A. MOUGEOT. Quattro segni dinamici della sclerosi aortica.

Journal Méd. Français, mar. — Numero monografico sull'anafilassi e l'autanafilassi.

Boston Med. a. Surg. Journal, 30 mar. — J. F. W. MEAGHER. La teoria della psicoanalisi.

Brazil-Médico, 18 mar. — H. DE BEAUREPAIRE ARÂGAO. Tramissione della leishmaniosi mediante il « Phlebotomus intermedius ».

Pediatria, 15 apr. — G. CARONIA e L. AURICCHIO. Presenza di bacilli tifici e paratifici nel liquido cef.-rach.

British Med. Journal, 15 apr. — J. S. FAIRBAIM. Spostamenti minori dell'utero come causa d'invalidità.

Journal Amer. Medic. Assoc., 1 apr. — W. ST.-LAURENCE. Malattie cardiache potenziali. — H. H. YOUNG. La tecnica della prostatectomia in rapporto con la mortalità.

Wien. Klin. Wochens., 13 apr. — H. EPPINGER. Il sistema reticolo-endoteliale. — N. BLATT. Sindrome della Meningitis tuberculosa discreta.

Rif. Med., 3 apr. — N. PANE. Dimostrazione microscopica di bacilli tubercolari in espettorati a reperto difficile o negativo.

Deutsche Mediz. Wochens., 14 apr. — H. v. HECKER e W. FISCHER. Sulla conoscenza delle linfogranulomatosi. — E. HEYMANS. Tumore pancreatico benigno.

Endocrinology, gen. — J. KOOPMAN. Ricambio del-

l'acqua e del sale nel diabete mellito. — H. LISSER. L'ipopituitarismo e il suo trattamento.

Ann. di Odontol., apr. — G. FASOLI. Sensibilità dentinale e malattie iniziali della polpa.

Le Scapel, 15 apr. — La circolazione sanguigna intraoculare e sua importanza in clinica.

Presse Médicale, 15 apr. — A. MARMOREK. Immunità passeggera e immunità durevole.

Mediz. Klinik, 16 apr. — W. FREY. L'arteriosclerosi.

Münch. Med. Wochens., 14 apr. — R. SCHINDLER. Valore diagnostico della gastroscopia. — H. MÜLLER. Trattamento della sifilide col bismuto.

La Radiologia Med., apr. — F. CATTANEO. Monoartriti subacute e croniche come manifestazione unica di infezione luetica.

Folia Medica, 15-30 mar. — G. CARRERAS. Le difese naturali contro l'anafilassi alimentare. — F. SANCHIRICO. Azione convulsivante e anticonvulsivante degli ormoni genitali.

La Riforma Med., 10 apr. — A. ROCCAVILLA. Reflettività gastrolabirintica e labirintogastrica.

Journal d. Praticiens, 26 apr. — P. E. WEIL. L'emogema: diatesi emorragipara cronica.

Revue de Méd., n. 3. — F. TRÉMOLIÈRES e L. CAUSSADE. Le complicazioni cardiache e aortiche della malaria.

Brazil-Medico, 25 mar. — R. DE SOUZA LOPES. Il problema terapeutico dell'epilessia.

Revista Méd. del Uruguay, mar. — F. S. GARMENDIA. Esantemi arsenicali. — J. BRITO FORESTI e B. VIGNALE. Il solfato di rame ammoniacale in certe dermatosi. — H. GARCIA SAN MARTIN. Il cinematografo e la psicologia infantile. — J. F. GONZÁLES. Trattamento della febbre tifoide con iodo-vaccino.

Arch. di Ortopedia, II. — D. BARGELLINI, R. GALEAZZI. Osteoartrite deformante. — R. DALLA VEDOVA. Sul trattamento della spondilite.

The Journal Amer. Med. Assoc., 8 apr. — E. FRANCIS, J. J. O' MALLEY. Turalemia Francis: nuova malattia dell'uomo. — P. K. OLITSKY e F. L. GATES. Virus anaerobi filtranti nel secreto naso-faringeo umano. — F. PETERSEN, F. T. H'DOUBLER, S. A. LEVINSON, J. A. LAIBE. La reazione di Kothmann sull'attività tiroidea. — J. R. WILLIAMS, M. SWETT, R. R. MELLON, E. A. SLAGLE, S. F. ACREE. Concentrazione idrogenionica e iniezioni endovenose. — J. V. KLAUDER. Sifilide e trauma.

ARCHIVI.

Lo Sperimentale, 15 apr. — L. CASTALDI. Fisiologia e patologia del mesencefalo. — A. CAZZANIGA. Accertamento integrale dei valori di vitalità. — C. SESTINI. Attività della ghiandola tiroide nel processo immunitario. — H. SPARROW. Studi sperimentali sul dermotifo.

L'Encéphale, apr. — J. LHERMITTE e L. CORNIL. L'eteroestesia nella commozione diretta del midollo spinale. — H. BIANCANI. I lipoidi nella patologia nervosa e mentale.

Acta Medica Scandinava, 4 apr. — K. SECHER. L'esame clinico dei capillari. — A. BARKMAN. Embolo nella valvola mitrale con morte subitanea.

Ann. di Clin. Med., IV-V. — C. PIAZZA. Sulla etiologia della encefalite epidemica. — A. CARINI. Lipovaccinazione nella melitococcia.

Arch. d. Maladies du Cœur, ecc., mar. — DE MEYER. Nuovo genere d'aritmia sinusale (accelerazione sinusale intermittente).

Arch. Gener. di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, 30 dic. — E. WEISS. La «psicoanalisi selvaggia» di S. Freud. — C. FRANK. Due nuovi nuclei nel mesencefalo dell'uomo. — G. FUMAROLA. L'amianopsia laterale omonima da arteriitis luetica dei rami profondi dell'arteria cerebri posterior.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp

ANNO XXIX Roma, 3 Luglio 1922 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. L. ZOJA.

Per la casistica clinica della malaria: meningismo in latenza.

Dott. LUIGI VILLA.

La rinnovata attualità del problema malarico trae seco, oltre ad un complesso di provvidenze profilattiche e terapeutiche, la necessità di una attività diagnostica fine e precisa, che, semplice nelle forme comuni, può essere ardua nelle forme anomale e comunque complesse per tutte le svariate deviazioni possibili dagli schemi soliti. Perciò è opportuno ai fini pratici da un lato risalire a ritroso nelle conoscenze acquisite, che già di per sè stesse toccano tal grado di profondità ed esattezza quale sarebbe augurabile in tutto il campo medico, dall'altro insistere ad approfondire lo studio dei fenomeni morbosi malarici all'intento di conseguire una completezza sempre maggiore. In base a considerazioni consimili il compianto G. L. Rusca con molta perizia analizzò nel *Policlinico*, S. M., n. 7, 1920, un caso assai interessante di meninginismo malarico, e ad esso è doveroso anche risalire per una sicura valutazione dei fatti esposti sotto, la cui chiarezza non può che essere accresciuta dal confronto.

Le osservazioni qui esposte riguardano un ammalato esaminato in Clinica ed uno esaminato in condotta.

CASO I. — A. A., di 24 anni, contadino, di Pancarana (Pavia).

Nessuna tara famigliare. Costituzione gracile, tuttavia buono stato di salute abituale. Militare di fanteria, ammala la prima volta nell'estate-autunno 1917 di malaria in zona malarica imprecisata, per la durata di tre mesi; ospedalizzato, poi rinviato alla fronte, ebbe frequenti recidive nei due anni seguenti. Nel gennaio 1920 fu congedato e riprese i lavori agricoli. Gli accessi si ripeterono nella estate 1920 e nell'autunno: lo costringevano a interruzioni nel lavoro di 1-2 giorni e l'ultimo accesso febbrile ebbe luogo ai primi di novembre, un mese prima di entrare in Clinica (13 dicembre ingresso in Clinica).

Dopo questo accesso febbrile la temperatura fu costantemente sotto 37°, tranne il 13 dicem-

bre dopo il viaggio dal paese a Pavia, quando raggiunse un massimo di 37°.8 rettale. Va detto che in un momento di coscienza libera l'a. ha ricordato vagamente di essere stato affetto, in epoca indeterminata, da una forma ulcerativa, pare dura, al glande, seguita da eruzione cutanea. È morigerato bevitore e fumatore.

L'affezione attuale offre un complesso sintomatico progressivo che è bene esporre successivamente: a detta della madre i primi disturbi iniziarono il 1° dicembre: l'a. doveva, come di solito, recarsi al lavoro sull'argine del Po; incamminatosi per la via consueta che ben conosceva si accorse chiaramente di essere del tutto incapace a seguirla poichè deviava per altra strada mentre ben capiva di allontanarsi dalla meta. Ritornò allora sui suoi passi e il giorno successivo stette bene e lavorò normalmente. Dopo altri tre giorni di benessere e di lavoro, durante i quali, però, la memoria parve affievolirsi e oscurarsi assai, fu colto di sera da un violento dolore puntorio nel quadrante destro inferiore dell'addome, calmato totalmente da applicazioni calde. Messosi a letto, si aggiunsero violenta cefalea frontale della quale l'a. si lamentava agitandosi, e vomito per tutta la notte e il giorno successivo, a intervalli di 3-4 ore, in principio costituito da sostanze alimentari, poi biliare. Cessato il vomito, la cefalea andò facendosi più intensa e gravativa; contemporaneamente iniziò sonnolenza diurna quasi continua, mentre di notte una eccitazione motoria spesso mista a delirio teneva insonni l'a. e i famigliari: l'a. mostrava una predilezione costante nel ricordare i tempi trascorsi in servizio militare di guerra, tumultuosamente e cercando di scendere dal letto. In questo periodo l'a. non chiese cibo e durò in questo stato sino al 12 dicembre, giorno in cui prese del latte e del brodo, poi si riaddormentò e dormì tutta la notte senza alcuna sovreccitazione. L'a. asserisce di aver avuto diplopia.

Il giorno 13 dicembre la diplopia è scomparsa, la cefalea è modica sopratutto frontale, l'appetito assente; l'a. dice di sentirsi soltanto molto stanco, come dopo una grave fatica; socchiude spesso gli occhi in atto di addormentarsi e li riapre vuoti di espressione; tutto il volto esprime indifferenza completa; l'a. giace in abbandono assoluto, supino, e i movimenti che compie sono assai scarsi e lenti; accusa una dolenzia diffusa, un senso di «rottura» alle gambe; non ha disturbi del respiro nè del circolo. Non ha febbre. Oltre a sensorio ottuso, lentezza psichica e stato di apatia, si rileva lentezza pure di parola (bradilalia) e di memoria anche per i fatti capitali della esistenza trascorsa. Perde le urine, la stipsi è ostinata. È di costituzione gracile, ma regolare lo scheletro; scadente lo stato di nutrizione, scarso il pannicolo adiposo, ipotrofiche le masse muscolari, sopratutto assai ipotoniche, in grande rilasciatezza; la cute è sottile secca elastica pallida, le mucose pallide. Micropoliadenia diffusa al collo e alle ascelle, più grosse le tumefazioni linfatiche degl'inguini, che sono pure di carattere tipicamente cronico. In più del già detto, a carico del sistema nervoso si rileva: non disturbi di motilità; l'andatura è livemente barcollante, non Romberg, non vertigini, non disturbi delle diverse sensibilità. l'astenia muscolare è generale, omogenea e simmetrica nelle varie regioni; Kernig presente, bilaterale; rigidità discreta della nuca con dolore alla flessione della regione cervicale; anche il resto della colonna vertebrale è dolente alla pressione; i riflessi tendinei e periostei mancano sia agli arti superiori che a quelli inferiori, i riflessi cutanei sono accentuati. La rima palpebrale sinistra è un po' più ristretta della destra, tuttavia il paziente alza bene entrambe le palpebre se richiestone. Riflesso congiuntivale presente, ammiccamento frequente, motilità dei bulbi conservata e normale, lieve anisocoria con prevalente apertura della pupilla sinistra, riflessi pupillari presenti e normali, *visus* integro. Lo stesso dicasi per i sensi specifici dell'olfatto, udito e gusto; l'innervazione mimica è pure integra e così quella masticatoria e della motilità linguale; fonazione e deglutizione normali. L'esame obbiettivo speciale è negativo pel collo e per gli organi toracici, se si eccettua un breve rumore alla base del cuore seguente il II tono e percepibile anche sul focolaio aortico sebbene attenuato e incostante. Nulla al sistema circolatorio periferico. Il polso, misurato spesso, oscilla fra 54 e 64, la pressione sia massima che minima è normale. L'addome si presenta depresso, trattabile, indolente. Il fegato a margine sottile liscio indolente e di consistenza un poco aumentata; dimensioni 11 cm. sulla linea xifo-ombelicale, 16 cm. sulla ascellare anteriore. La milza ben palpabile nelle profonde inspirazioni, dura, a bordo ingrossato e arrotondato, indolente; dimensioni della proiezione cm. 13×8. Nulla agli organi genito-urinari esterni, reni non palpabili.

Tali storia e obbiettività: quale poteva essere l'apprezzamento diagnostico? E poi, potevasi formulare un giudizio diagnostico sicuro e definitivo, oppure di sola approssimazione?

Era naturale che la mente cercasse di associare la forma morbosa attuale alla malaria pregressa per un comune criterio di successione; questo criterio che la logica teoretica condanna spesso come sofisma, *post hoc ergo propter hoc*, dà nella pratica scientifica spesso buoni risultati talvolta frutta degli errori. Nel caso presente, ad onta della malaria pregressa, il complesso dei prodromi e dei sintomi presentati prima dell'ingresso in Clinica (turbe psichiche, violento dolore a tipo nevralgico al quadrante inferiore destro addominale, vomito, cefalea, delirio allucinatorio, eccitamento motorio notturno, sonnolenza diurna, diplopia) permetteva il dubbio che tale sintomatologia potesse nell'assieme costituire un quadro molto simile a quello presentato dai numerosi pazienti, osservati in Clinica, un anno prima, affetti da encefalite letargica. Questa eventualità non era affatto da escludersi in base agli elementi sintomatici sopra riuniti, ed era opportuno tenerla presente, non foss'altro per escluderla nell'esame diagnostico differenziale. Si noti però che nel dicembre 1920 la encefali-

te letargica non era riapparsa nel Pavese e il caso presente, se fosse stato giudicato tale, sarebbe stato del tutto sporadico. L'esame obbiettivo offriva elementi che in parte avrebbero potuto avvalorare la suddetta ipotesi, quali l'anisocoria, la ptosi palpebrale sinistra, la sonnolenza dei primi giorni di degenza in Clinica; mancavano però febbre e polso frequente in relazione a questa, fenomeni che per lo più accompagnarono le forme osservate di encefalite letargica, almeno nel primo periodo della malattia, quale avrebbe dovuto essere questo; mentre il rilievo di rigidità nucale, Kernig, stipsi, incontinenza delle urine, dolenzia rachidea, alterazioni dei riflessi, bradicardia, mal si accordavano con la diagnosi di encefalite letargica e meglio deponevano per una affezione meningea; gli stessi segni, poi, che nella storia potevano deporre per la prima, non erano in antagonismo con quelli rivelatori di una affezione meningea; così il vomito, la cefalea, il delirio, la sonnolenza, le turbe psichiche. Quindi, tutto considerato, se non si poteva a priori escludere la encefalite letargica, parecchi sintomi la contraddicevano, mentre gli stessi sintomi che ne potevano essere l'esponente, accordati con quelli contraddicenti, valevano ad ammettere che gli invogli meningei fossero in massima parte la sede dell'affezione. Quanto ai sintomi a focolaio, diplopia, ptosi, anisocoria, pur essendo riscontrabili anche nella encefalite letargica, potevano denotare essere colpito l'asse cerebro-spinale verosimilmente in qualche punto della massa encefalica (corticale motoria o nucleare, e in tal caso III paio di destra, limitatamente se mai ai nuclei di Hensen e Völckers e a quello dell'elevatore della palpebra; assai meno probabilmente nel decorso del tronco nervoso del III paio, dovendosi ammettere per questo una alterazione fascicolare parziale, poco verosimile e non necessaria).

Altri segni poi, il sopore, l'apatia, la bradilalia, la miastenia profonda col barcollamento, sia pure senza Romberg, facevano tutti assieme pensare a una ipofunzione (di proposito non si dice lesione) cerebellare, a stretta somiglianza con quanto il Rusca descriveva nel proprio caso.

Inoltre l'ipotesi che, anzichè trattarsi di encefalite letargica, l'agente malarico sostenesse questa complicata sintomatologia nella quale però le turbe meningee avevano il massimo risalto poteva anche ritenersi autorizzata dai numerosi reperti anatomo-patologici descritti, antichi e recenti, i quali dimostrano come la sintomatologia clinica possa essere la più svariata e complessa, potendosi verificare l'infiltrazione pigmentale, la trombosi vasale, la semplice congestione, l'emorragia, l'infarto, l'essudato, la proliferazione nevroglica perivasale nodulare (Durck), qua e là in punti e regioni diverse del sistema nervoso e annessi, con seguito di sintomatologia reattiva pure saltuaria, molteplice, grave o lieve, transitoria o duratura, ora sistematica (meningea, cerebrale, cerebellare, spinale, nevritica), ora non, ora sistematica semplice, ora sistematica complessa e associata.

Quindi un primo giudizio diagnostico, che scaturiva dalle circostanze e dai fatti, poteva già formularsi, o, meglio, l'apprezzamento clinico era già orientato; il decorso e le ricerche complementari potevano conferire la sicurezza e convalidare questo apprezzamento, oppure sovvertirlo, posto che si doveva in via almeno teorica ammettere la possibilità di una diversa natura dei fenomeni, sopratutto meningei, presentati dall'a., sia pure su una base malarica cronica preesistente.

Quanto al decorso in Clinica, esso fu il seguente: non febbre nè mai vomito, non diplopia nè ptosi palpebrale, irrequietezza notturna assai minore che a casa, non mai delirio. Fu messo in evidenza un certo grado d'iperestesia in corrispondenza di alcuni tronchi nervosi (branca zigomatica destra del V al foro di uscita, rami temporali del V d'ambo i lati, nervo radiale destro in corrispondenza dell'apofisi stiloide del radio) e in corrispondenza di alcuni punti ossei, grande trocantere dell'omero destro, spina iliaca anterior inferiore destra, dove pure si deve ammettere che si trattasse di terminazioni nervose dolenti alla compressione contro le parti ossee sottostanti, anzichè di dolori osteocopi, poichè anche tali dolori ebbero durata breve e identica a quella dei primi, riscontrati con sicurezza sul decorso dei tronchi nervosi.

Il quadro obiettivo descritto si mantenne inalterato senza accenno a peggioramento per circa sei giorni, in capo ai quali spontaneamente cedette la cefalea frontale; il giorno 19 dicembre la cefalea era scomparsa mentre permanevano gli altri sintomi pressochè invariati. Il 19 stesso fu somministrato del chinino per bocca in piccole dosi ripetute e la somministrazione venne continuata fino al giorno 25; durante questi sei giorni di cura chininica orale fu notata una remissione complessivamente lieve ma chiara di parte della sintomatologia; la cefalea riapparve talvolta lievissima e fugace, il sensorio si fece più libero, il torpore psichico minore, più vivace l'espressione del viso, la parola più spedita, migliore l'appetito, le urine non costantemente perse, meno intenso il dolore nucale e rachideo, il

Kernig meno accentuato; rimasero invece invariate l'anisocoria, l'abolizione dei riflessi profondi e l'accentuazione di quelli superficiali, la miastenia, la difficoltà mnemonica.

Il 25 dicembre come conseguenza logica del buon esito, sia pure parziale della cura chininica, fu iniziata una serie di iniezioni endomuscolari di un sale di chinino, in seguito alle quali fu accelerato il ritmo di decrescita dei sintomi, e di più andarono scomparendo anche quelli che avevano offerto maggiore resistenza. Il 30 dicembre l'a. si sentiva bene, era vivace e pronto alle domande, aveva ottimo appetito e accresciute le forze, scamparso il Kernig, scomparsa la rigidità della nuca e la dolenzia di questa e del rachide; inoltre i vari punti dolorosi segnalati non esistevano più, la continenza delle urine divenne completa, i riflessi superficiali si resero meno vivaci; l'abolizione di quelli profondi e la anisocoria mostrarono la maggiore tenacia, risultarono scomparse entrambe soltanto verso la fine della prima diecina di gennaio. Durante questo progressivo miglioramento l'a. si alzò da letto e coll'aiuto di una dieta opportuna e di somministrazione di paraganglina riprese completamente le forze, che per altro erano già prima migliorate. Il paziente fu dimesso guarito il 15 gennaio, e ulteriori notizie confermarono l'ottimo stato della sua salute.

Quanto alle ricerche collaterali praticate, l'esame del sangue fu totalmente negativo per la presenza di parassiti malarici, anche dopo di una iniezione intramuscolare di trinitrina, questa non provocò neppure una elevazione termica minima; la sanguificazione era deficiente, ma null'altro mise in evidenza l'esame del sangue. L'esame delle urine fu nel complesso sempre scarso di interesse poichè, tranne una lieve traccia di albumina nei primi giorni, risultò sempre negativo. Lo stesso dicasi per le feci. La puntura lombare, praticata due volte il 18 e il 21 dicembre diede un liquido assolutamente incolore e limpido, spontaneamente sgocciolante con pressione modicamente superiore alla normale, privo di elementi patologici microscopici. Non furono praticate le reazioni di Nonne-Apelt nè di Boveri nè di Nogouchj, bensì la Wassermann, che dette esito replicatamente negativo. Questo reperto ha un forte interesse in questo caso quando venga confrontato con l'esito fortemente positivo della Wassermann praticata sul siero di sangue. Il duplice reperto ha notevole interesse in rapporto al giudizio diagnostico ed eziologico del caso.

Il problema della Wassermann in malarici, positiva anche se non sifilitici, fu lungamente agitato e fruttò numerosissime ricerche e opinioni le più disparate ed esiste in proposito una copiosissima letteratura.

Dopo un ottimismo eccessivo (79 % di casi positivi secondo Meier e Bonfiglio, 52 % secondo De Blasi, 33 % secondo Quéry, per citare soltanto alcuni fra i più generosi) una più acuta valutazione delle numerose cause di errore possibili permise una netta distinzione fra reazioni praticate in acuzie di malattia (al Meyerstein, 1917, risultate in genere facilmente positive, all'Izar, 1920, nel 2 % dei casi), e reazioni praticate in periodo di cura chininica o in periodo di latenza, che agli stessi due ultimi autori citati, come anche al Gasbarrini anni prima, 1915, risultarono nettamente e costantemente negative. Certo la delicatezza nella discriminazione delle cause luetiche concomitanti è estrema e ben si comprende la profonda disparità dei pareri e anche l'opinione completamente pessimistica di autori come l'Ascoli, che nel suo trattato concludeva nel 1915: « La reazione di Wassermann non riveste importanza per la diagnosi di malaria all'infuori del periodo febbrile »; come ancora il Thomson e il Mills, i quali recentemente, 1919, negarono la possibilità di una sieroreazione positiva in malarici ammettendo in linea assoluta che il contrario reperto fosse costantemente da imputare a errori di tecnica o di ricerca clinica e anamnestica. Certo è che, senza volere nè potere qui pronunziare un giudizio salomonico sull'argomento, dall'insieme delle discussioni e delle opinioni espresse, considerato in rapporto al caso attuale, non risulta avvalorata la tesi che qui la Wassermann, positiva sul siero e negativa sul l. c. r., fosse da attribuirsi all'agente malarico; qui nulla contrasta il sospetto di una lue latente, anzi nella storia si fa parola, sebbene sommariamente, di una forma ulcerativa, pare dura, seguita da eritema diffuso, che benissimo potrebbe stare a indicare l'inizio lontano della forma luetica; si tenga presente anche lo stato dell'apparato linfatico che era cronicamente affetto, e quel breve rumore diastolico alla base del cuore diffondentesi, sia pure in modo incostante, all'aorta; sopratutto osta alla indole malarica di questa Wassermann lo stato di latenza della affezione malarica, condizione che è ormai concordemente ritenuta contraria alla provocazione di una sieroreazione positiva: in realtà questo è forse l'unico punto di accordo dei ricercatori nella discussione dell'argomento. Valga anche, nel caso presente, il fatto che la Wassermann sul siero fu non soltanto positiva, ma fortemente positiva. E dopo tutto ciò possiamo ancora attribuirla

alla malaria? Se sì, appare troppo forzato e illogico.

Invece, la reazione negativa sul l. c. r. vale a garantirci che il complesso della sintomatologia nervosa-meningea non aveva rapporti di condizioni causali, almeno determinanti, con la presunta, perchè quasi necessariamente presumibile, affezione luetica sottostante, e che l'affezione era con ben maggiore sicurezza da ritenersi di eziologia malarica. D'altra parte l'ammissione del substrato luetico può offrire una plausibile ragione della particolare localizzazione nel sistema nervoso, qualora si rifletta come la sifilide, analogamente all'alcoolismo e al saturnismo, crei o accresca nel sistema nervoso, anche per la malaria, il luogo della minorata resistenza (Ascoli). È qui opportuno riaffermare che la encefalite epidemica non si doveva qui sospettare oltre, per quanto fu detto discutendo la sintomatologia di questo caso, per la inesistente tendenza progressiva, per la brevità dell'affezione e per l'esito della cura chininica. Se giustificato era in principio pensare all'encefalite letargica, sopratutto pei dati storici, l'obbiettività, il decorso e l'esito della malattia permettono ora con sicurezza di respingere quella ipotesi.

Appare dunque logico ricostruire ammettendo che una lue antica preesistesse nel nostro a. e che la malaria abbia provocato la complessa sindrome descritta, nella quale l'affezione di altre parti del sistema nervoso centrale. Clinicamente poi, questa sindrome può definirsi meningismo per la fugacità di alcuni sintomi e il fluttuare di altri, per la tenace persistenza di alcuni pochi soltanto e la completa e relativamente rapida risoluzione anche di questi stessi, sopratutto poi per il reperto negativo, in più del lieve aumento di pressione, dell'esame del l. c. r.

Già fu detto come la conoscenza delle alterazioni anatomo-patologiche costituenti la comune base di questo e dei consimili quadri clinici, giustifichi troppo bene il modo di essere, di evolvere e di dileguarsi del caso clinico descritto, per richiedere ancora qui una discussione giustificativa del giudizio diagnostico definitivo.

La sindrome descritta appare poi interessante sopratutto qualora si rifletta che tutte o quasi le sindromi meningee descritte, o meningo-nervose, appartengono a malarie acute in atto o a recidive in atto o a perniciose, sia pur latenti ma gravissime e mortali; il caso attuale se ne differenzia completamente in questo, e anche per l'atipica insorgenza, quale fu illustrata e discussa.

Prima di passare alla rapida esposizione del secondo caso, che presenta interesse per un complesso di circostanze fondamentalmente simile a quello esposto, conviene soffermarsi su un dettaglio sintomatologico che, esso solo, parmi meriti cenno esplicito; intendo riferirmi alla abolizione dei riflessi profondi, fatto che contrasta con quanto comunemente e razionalmente avviene nelle meningiti e nei meningismi: per solito i riflessi tendinei in genere sonno accentuati nel primo periodo della malattia, il periodo di eccitamento; successivamente col persistere e l'aggravarsi della malattia, essi regrediscono sino a scomparire affatto, periodo di esaurimento. Non è tuttavia assoluta nemmeno questa consecutio, poichè fu osservato in casi di meningite cerebro-spinale epidemica (Triboulet, *Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 1907; Gachet, *Thèse de Paris*, 1907) l'abolizione completa di tutti i riflessi tendinei, dovuta a compressione da parte del l.c.r. e cessata in seguito a puntura lombare.

Dalla letteratura appare che comunemente i riflessi profondi sono, nelle affezioni meningee malariche, o normali o esagerati, solo assai raramente essi sono aboliti. Il Rusca, registrando lo stesso fenomeno nel suo caso, cita in tutto tre altri casi consimili, di Pansini, Leube, Fusco. Nel caso presente non è certo opportuno richiamarsi al sospetto di due concomitante per trovare la spiegazione del fenomeno, poichè anch'esso scomparve gradatamente coll'evoluzione di tutta la sintomatologia per influsso della cura chininica. Si potrebbe anche supporre che trattandosi di un meningismo a così rapida evoluzione, la abolizione dei riflessi riscontrata corrispondesse già al periodo di esaurimento e che quello di eccitamento fosse esistito fugacemente durante il periodo di malattia a domicilio. Come si vede, questa ipotesi non è punto irrazionale, ma non ha possibilità di controllo, e d'altra parte è poco verosimile che in un periodo di malattia così breve, innanzi all'ingresso in Clinica, i riflessi avessero già fatto il ciclo sì da presentarsi aboliti e totalmente aboliti. Piuttosto, ammessa pure l'incostanza della rigorosa consecutio del comportamento dei riflessi per le molteplici condizioni che ne possono influenzare l'arco diastaltico, è pure accettabile una supposizione analoga a quella che il Rusca mette innanzi del caso suo, doversi, cioè, il fenomeno mettere in rapporto con maggiore verisimiglianza alla ineccitabilità riflessa prodotta dallo stato soporoso e adinamico del paziente.

CASO II. — Premetto che questo non meriterebbe di essere descritto per la grande incom-

pletezza di osservazione sia nell'esame clinico che fu superficiale (non mancarono tuttavia gli elementi fondamentali di giudizio), sia negli esami collaterali che non furono fatti (deficienze forzate trattandosi di una osservazione fatta in condotta di campagna), se non presentasse notevole interesse, pratico innanzi tutto potendo assai facilmente in zona malarica avvenire che casi consimili si presentino al medico condotto, e teorico per le non comuni caratteristiche rivelate. Col caso precedente questo ha in comune di essersi il quadro morboso presentato in completa latenza dell'affezione malarica; ha poi di peculiare una grande fugacità dei fenomeni morbosi, maggiore assai di quella del caso precedente.

Trattasi di G. B., di Vione (Milano), di 16 anni, contadino. Esaminato il 3 ottobre 1921. Non tare famigliari nè personali. Malaria pregressa, ultima recidiva in principio di settembre. L'a. si presenta in uno stato di mediocre sopore, si sente affranto, è tardo nel rispondere alle domande rivoltegli, è molto assonnato in tutte le ore del giorno, si muove poco, tiene per lo più decubito laterale e al momento della visita ha una evidente posizione a cane di fucile; ha cefalea insistente da due giorni, non dolori in altre parti, non appetito, non incontinenza di urine nè di feci, ma stipsi; attualmente non ha vomito, ma lo ebbe nelle ore trascorse; accusa fotofobia. L'esame somatico rapido rileva: non febbre, notevole bradicardia, 42, nutrizione scadente, pallore terreo, midriasi, lentezza pupillare alle solite reazioni, rigidità della nuca di lieve grado, ventre avvallato, evidente Kernig bilaterale, riflessi profondi accentuati, quelli superficiali normali. Inoltre una milza debordante assai dall'arco costale, mobile, spessa, molto dura, indolente; un fegato pure debordante, ma meno della milza, di consistenza pure modicamente aumentata, liscio, indolente. Nulla al cuore nè ai polmoni.

Di fronte a questo complesso sintomatico e nella impossibilità momentanea e locale di fare una puntura lombare e altre ricerche collaterali, si imponeva nei riguardi della terapia e del giudizio prognostico una valutazione diagnostica di probabilità; e infatti tenendo conto dei precedenti malarici personali, dello stato della milza e del fegato, dell'assenza della febbre e sopratutto del genio epidemiologico nettamente malarico e non affatto di meningite cerebro-spinale epidemica, la diagnosi posta fu quella di meningismo malarico, con riserva tuttavia per la probabilità, punto trascurabile ma assai temibile, che potesse invece trattarsi di meningite tubercolare in soggetto malarico cronico. In conseguenza di tal giudizio diagnostico applicai una cura chininica intensa, raccomandando in caso di peggioramento la chiamata d'urgenza. Questa non venne e dopo due giorni, passando da Vione, anzichè a letto trovai l'a. alzato di sua iniziativa, in cortile coi compagni. Presentava tuttora lievissima cefalea e una lievissima espressione di stupore, ma il polso era salito a 64 battute, bene reagenti alla luce le pupille e tutto il resto sintomatologico-meningeo scomparso. Il chinino qui aveva evidentemente agito subito beneficamente, confermando quale *criterium ex adiuvantibus* la diagnosi di meningismo malarico posta come la più probabile. Notevole, insisto, è la straordinaria fagucità dei fenomeni, la quale obbliga a ritenere che essi avessero la rispondenza anatomica nel noto quadro di turbe essenzialmente di ordine circolatorio, più sopra ricordate, le quali dovevano essersi qui effettuate in misura assai tenue e appena iniziale sì da essere prontamente suscettibili di cura chininica.

I due casi esposti sono una prova eloquente che, ad evitare errori diagnostici, gravi in sè e talvolta di conseguenze pratiche, giova, oggi che la piaga malarica ha ripreso da noi la triste predominanza di un tempo, rinnovare, oltre alle provvidenze terapeutiche e profilattiche, la sicura conoscenza del polimorfismo clinico della malaria, risalendo a ritroso nella tradizionale e gloriosa letteratura nostra e intensificando la vigilanza attuale.

RIASSUNTO.

Viene riferita l'osservazione di due casi nei quali, rilevati segni varî di meningismo, era pregressa l'infezione malarica. Vengono illustrati e discussi i caratteri dell'affezione non frequente in periodo di completa latenza malarica, rilevando quanto una attenta osservazione di tali forme interessi per la diagnosi differenziale da affezioni meningee di altra eziologia e per la minuta conoscenza di tutta la svariata e proteiforme patologia della malaria, sopratutto in riguardo ai fini pratici della rinnovata attualità del problema malarico nel nostro paese.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *La malaria.* U. T. E., 1915.

RUSCA C. L. *Per la casistica clinica della malaria: perniciosa con meningismo e iposurrenalismo.* Policlinico, Sezione medica, 1920.

Rimando a questi AA. per brevità riguardo all'ampia bibliografia esistente sull'argomento. I lavori qui sotto ricordati sono posteriori:

AIMÉ et LOCHELONGUE. *Paludisme larvé et réaction de Bordet-Wassermann.* Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. d. Paris, 1918.

DE JONG. *Paludisme et réaction de Bordet-Wassermann.* Idem, 1919.

DE JONG et MARTIN. *Paludisme et réaction de Wassermann.* Presse Médicale, 1917.

DESCOMPS et QUERCY. *Hémiplégie paludéenne.* Bull. Mem. Soc. Méd. d. Hôp. Paris, 1920.

DI PACE. *Per la diagnosi di malaria latente.* Riforma Medica, 1916.

DURCK. *Die pathologische Anatomie der Malaria.* Münch med. Woch., 1921.

DÜRK. *Die Veränderung des Zentralnervensystems, ecc.* Berl. klin. Wochen., 1919.

FRAENKEL. *Zerebrale Hemiparese nach Malaria.* Deutsch. med. Wochen., 1917.

GASBARRINI A. *Sulla deviazione del complemento nella infezione malarica.* Riforma Medica, 1915.

HESSE. *Malaria comatosa und Malariameningitis bei Tertianafieber*. Zentralbl. f. inn. Med. Leipzig, 1918.
IZAR. *La Wassermann nella malaria*. Riforma Medica, 1920.
MATHIS et HEYMANN. *La réaction de Wassermann dans le paludisme*. Soc. de Path. exot. Paris, 1915.
MAURO GRECO. *Un caso di meningite da malaria*. Riforma Medica, 1918.
MASSARY et TOCKMANN. *Paludisme avec réaction méningée violente*. Presse Médicale, 1917.
MEYERSTEIN. *Die Wassermannsche Reaktion bei Malaria*. Münch. med. Wochen., 1917.
MONTI A. *La malaria, l'ittero inf., l'influenza ed altri problemi patologici sorti dalla guerra*. Hoepli, 1921.
MOREAU. *Névrites et polynévrites d'origine palustre*. Paris Méd., 1919.
NAZARI. *Sulle emorragie puntiformi del cervello nell'infezione malarica perniciosa*. Riv. Osped. Roma, 1919.
PONTANO. *Esame delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della malaria*. Policlinico, Sez. Medica, 1920.
PRACICAS. *Larvata malarica a forma meningitica*. Rif. dalla Grèce Médicale, 1920, in Riforma Medica, 1921.
QUÉRY. *Paludisme et déviation du complément*. Bull. d. Sc. Pharmacol. Paris, 1918.
SABATUCCI. *La paraplegia nella malaria*. Policlinico, 1920.
SPOLVERINI. *Emiplegia da malaria in un bambino lattante*. Policlinico, 1919.
THOMSON. *The complement deviation in cases of malaria*. Brit. M. J., London, 1918.
THOMSON and MILLS. *Experiments on the complement fixation in malaria*. Proc. Roy. Soc. Med. London, 1918-19, rif. in Pathologica, 1919.

NOTE E CONTRIBUTI.

SANATORIO UMBERTO I - ROMA.
Dirett. prof. ACHILLE ANGELINI.

Il quadro neutrofilo di Arneth nella tubercolosi polmonare.

Dott. OTTAVIO CALAMITA.

Molto si è scritto, da parecchi anni, all'estero, e specie in Germania, ma ben poco in Italia, sul quadro neutrofilo di Arneth nella tubercolosi polmonare. Lo scrivente ha voluto studiare tale elemento, dichiarato da molti autori di valore diagnostico e prognostico, per osservare fino a qual punto corrispondesse in pratica, e se fosse giustificato l'abbandono in cui è da noi tenuto.

L'Arneth, nel suo poderoso volume « Die qualitative Blutlehre » (Klinkhardt, Leipzig, 1920), partendo dal concetto che i leucociti sono i più attivi e preziosi difensori dell'organismo, ha studiato il loro comportamento morfologico nelle varie malattie, e notato variazioni qualitative e quantitative nella forma dei loro nuclei in condizioni patologiche. Il suo studio è stato più esteso per i neutrofili, che costituiscono la gran maggioranza dei complessivi leucociti.

In condizioni normali, il mielocito e le forme da lui immediatamente dipendenti nel corso dello sviluppo non compaiono nel sangue circolante. Si rinvengono solo, oltre a quelle a parecchi nuclei, poche cellule a nucleo unico, a forma a nastro, che Arneth qualifica per cellule T.

Egli divide i neutrofili in categorie, a seconda del numero dei loro nuclei, assegnando alla 1ª categoria del suo quadro neutrofilo i mielociti (M), le forme immediatamente dipendenti da loro (W) e le cellule a nastro (T).

Alla 2ª categoria, le cellule con due nuclei, alla 3ª e 4ª quelle con 3 e 4 nuclei, alla 5ª quelle con 5 o più nuclei.

Nell'uomo sano la formula da lui trovata, come media è la seguente:

I M.	I W.	I T.	II	III	IV	V
—	—	5	35	41	17	2

In condizioni patologiche, ed in modo vario a seconda del tipo dell'infezione, del decorso clinico della stessa, della resistenza organica del malato, si nota una deviazione del quadro verso sinistra, con l'aumento delle prime categorie, diminuzione o scomparsa delle ultime categorie. Nei casi molto gravi, compaiono cellule W, poi cellule M, mentre la I e II categoria conterrebbero la quasi totalità del quadro.

L'Arneth spiega il fenomeno con la distruzione di cellule adulte, le migliori produttrici di anticorpi, sotto le cause dell'infezione, e considera le cellule neutrofile sempre più vicine alla maturità, quanto più il loro nucleo è segmentato.

Per quanto tale determinazione della maturità leucocitaria sia stata aspramente combattuta, e non ammessa dallo stesso Arneth come fenomeno assoluto, pure in pratica noi effettivamente rinveniamo la deviazione a sinistra del quadro neutrofilo nelle malattie, e nuovo spostamento a destra nella guarigione.

Quale valore è da assegnarsi nello studio clinico d'un tubercolotico, al quadro neutrofilo?

Precedentemente in 20 soggetti clinicamente sani è stato controllato il quadro neutrofilo già determinato dall'Arneth, ottenendo percentuali leggermente differenti, nella media complessiva.

	I	II	III	IV	V
Arneth	5	35	41	17	2
Mie osservazioni	7.3	31.5	44.9	14.7	2.4

I casi clinici osservati sono stati 46, di cui parecchi con svariate misurazioni e sono raggruppati secondo i diversi stadii, nelle seguenti tabelle.

Conclusioni parziali. — Si nota, oltre ad una discreta leucopenia, formula ematica press'a poco normale, salvo la scomparsa, con l'ag-

I. — TUBERCOLOSI MILIARE ACUTA.

Caso	leucoc.	Formula leucocitaria					Quadro neutrofilo							Annotazioni
		neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	
XL *a*	4.100	61	2	—	36	1	—	1	37	53	9	—	—	
XL *b*	4.900	61	—	1	37	1	1	5	39	48	6	1	—	Decessa dopo poche ore.

Lo studio presente ha cercato di seguire a periodi ammalati di tubercolosi in ogni stadio. Per ogni osservazione è stata eseguita la de-

gravarsi rapido della malattia e l'approssimarsi dell'exitus, degli eosinofili, dapprima in numero normale. Molto più caratteristico è il

II. — TUBERCOLOSI POLMONARE I STADIO.

Condizioni generali buone, febbre assente o scarsissima.

Caso	leucoc.	Formula leucocitaria					Quadro neutrofilo							Annotazioni
		neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	
I *a*	6.100	74	4	1	20	1	—	—	12	43	31	12	2	
I *b*	5.700	67	1	—	30	2	—	—	13	47	30	9	1	
XIV *a*	6.200	76	5	—	17	2	—	—	12	29	36	19	4	
XIV *c*	6.900	69	3	1	25	2	—	—	18	38	35	9	—	Lieve peggioramento.
XVIII	5.600	48	4	—	42	6	—	—	12	38	35	14	1	
XXXIV *a*	5.500	77	2	—	20	1	—	—	10	39	45	5	1	
XXXIV *b*	9.800	83	2	1	13	1	—	—	9	43	33	14	1	
XLII	7.100	66	4	—	27	3	—	—	9	51	31	9	—	

terminazione del valore leucocitario assoluto e della formula leucocitaria, prelevando il sangue sempre verso la stessa ora del giorno nei singoli soggetti di studio.

I preparati di sangue sono stati sempre colorati col Romanowski, previa fissazione per 3-5 minuti in alcool metilico assoluto, ed osservati con obbiettivo ad immersione 1/15 ed oculare 4 C. (ingr. 600 diametri).

comportarsi del quadro neutrofilo, in cui esiste forte spostamento verso sinistra, con scomparsa quasi totale delle cellule delle due ultime categorie, fortissimo aumento di quelle della 1ª e 2ª categoria, comparsa in circolo dapprima di rare cellule W, poi, nello stato preagonico, forte aumento delle cellule W e comparsa di qualche mielocito. Come vedremo, tale anormale comparsa di cellule W ed M nel sangue cir-

III. — TUBERCOLOSI POLMONARE II STADIO.

Caso	leucoc.	Formula leucocitaria: neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	Quadro neutrofilo: I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
A) *Condizioni generali discrete, apiressia o quasi.*														
VII *a*	9.400	68	3	—	26	3	—	—	21	37	29	11	2	V. tabella IV A.
XI	6.900	71	4	—	22	3	—	—	22	35	23	9	—	Forma fibrosa.
XII	8.300	68	5	—	26	1	—	—	17	36	32	14	1	
XIII *a*	6.800	71	2	—	25	2	—	—	21	37	32	9	1	
XIV *d*	6.500	71	2	—	26	1	—	—	24	44	25	7	—	V. stesso quadro B.
XX *a*	4.700	67	2	1	28	2	—	—	20	50	24	5	1	
XX *b*	5.200	58	2	1	37	1	—	—	19	40	24	7	—	
XX *c*	4.800	67	3	—	29	1	—	—	18	40	32	9	1	Miglioramento.
XXII	7.200	47	3	1	47	2	—	—	15	32	37	14	2	Forma fibrosa.
XXIX *a*	9.500	64	4	—	30	2	—	—	17	34	39	9	1	
XXIX *b*	10.500	78	3	—	15	4	—	—	25	41	29	5	—	Peggioramento — tendenza al rammollimento. V. Quadro IV E.
XXIX *c*	8.700	83	2	2	12	1	—	—	31	44	21	4	—	
XXX *a*	6.900	65	7	—	24	4	—	—	18	45	27	8	2	
XXX *b*	7.900	70	7	2	19	2	—	—	23	46	25	6	—	
XXX *c*	6.300	69	7	1	21	3	—	—	29	40	26	5	—	Peggioramento.
XXXI *a*	5.200	53	3	—	42	2	—	—	11	41	39	8	1	
XXXI *b*	6.200	70	2	—	25	3	—	—	25	48	21	5	1	
XXXI *c*	6.900	46	1	—	49	4	—	—	30	49	17	4	—	Peggioramento. V. quadro IV A.
XXXVI *a*	6.700	67	4	—	26	3	—	—	16	59	23	2	—	
XXXVI *b*	7.100	68	4	—	26	2	—	—	18	54	24	4	—	
XLI *a*	5.700	63	5	—	29	3	—	—	15	43	30	11	1	
XLI *b*	6.300	61	5	—	30	4	—	—	14	46	28	12	—	
XLIII	8.400	65	5	1	27	2	—	—	13	44	33	10	—	Forma fibrosa.
XLIV *a*	8.100	63	3	1	30	3	—	—	31	52	24	3	—	Pneumotorace — idrotorace.
XLIV *b*	6.300	67	4	1	26	2	—	—	22	40	27	11	—	Scomparso idrotorace.
B) *Condizioni generali deperite - apiressia o quasi.*														
XIII *n*	8.200	79	2	—	18	1	—	—	34	50	14	2	—	V. stesso quadro A.
C) *Condizioni generali discrete - febbre discreta.*														
XV *a*	7.400	84	—	1	13	2	—	1	56	30	12	1	—	Forma polmonare fibrosa — adeniti tbc. multiple.
XV *b*	8.100	80	—	—	17	4	—	—	52	32	12	3	—	
XV *c*	7.300	91	—	—	7	2	—	1	48	37	13	1	—	Comparsa peritonite plastica.
D) *Condizioni generali cattive - apiressia o quasi.*														
V	10.600	81	2	—	15	2	—	—	41	38	19	2	—	
E) *Condizioni generali cattive - febbre alta.*														
XXXIII	5.500	66	2	—	31	1	—	—	42	41	15	2	—	Forma a rapido decorso.

colante non avviene nella tubercolosi polmonare cronica che in qualche caso gravissimo al 3° stadio.

Conclusioni parziali. — Nelle forme al 1° stadio notiamo dunque un valore leucocitario assoluto perfettamente normale, salvo nel caso XXXIV *b* in cui tale valore è alto per cause non precisate, forse non dipendenti dalle lesioni polmonari. I valori neutrofili si aggirano nel loro complesso intorno alla normalità, mentre gli eosinofili sono frequentemente aumentati.

Normali invece nella quasi totalità i valori linfocitici e mononucleari: quest'ultimi però presentano in qualche caso valori sopra la norma, e spesso nei casi stessi in cui sono aumentati i valori eosinofili. Esiste poi un lieve spostamento verso sinistra del quadro neutrofilo, con valore oscillante per le cellule della 1ª categoria fra i 9 % ed i 18 % nei casi più gravi.

Conclusioni parziali. — Nelle tubercolosi polmonari al 2° stadio troviamo valori leucocitari assoluti e valori leucocitari parziali neutrofili e linfocitici variabili, ma quasi sempre entro il massimo ed il minimo della normalità. Più interessante è il comportamento degli eosinofili e dei mononucleati. Queste due specie cellulari si presentano quasi sempre in numero superiore alla norma nei casi con buone condizioni generali, sino a raggiungere o sorpassare, specie gli eosinofili, cifre doppie del normale. Scarseggiano invece nei casi a cattive condizioni di resistenza. È da notare che col peggioramento dell'ammalato diminuiscono nello stesso individuo in cui erano prima abbondanti. Il quadro neutrofilo è qui nettamente e discretamente deviato a sinistra, molto più che non nei casi di tubercolosi polmonare al 1° stadio. Mancano sempre in genere le cellule patologiche W ed M, ma quelle della 1ª categoria oscillano in media, salvo casi eccezionali, negli individui in buone condizioni, fra i 15 % ed i 30 %, mentre in quelli in cattive condizioni di resistenza sono fra i 30 % ed i 42 %. Le cellule della V categoria sono già, nella maggioranza dei casi, scomparse.

Interessante il caso XV, in cui si notano clinicamente, accanto ad una forma polmonare fibrosa relativamente lieve, adeniti tubercolari multiple, e poi lesioni peritoneali, con alta persistente febbre. Tale caso offre un reperto insolito, con valori leucocitari assoluti normali, neutrofilia accentuata, scomparsa degli eosinofili, bassi valori linfociti, normalità in quelli mononucleari. Inoltre il quadro neutrofilo mostra fortissima deviazione verso sinistra (cellule della 1ª categoria oscillanti fra i 49 % ed i 57 %, con qualche rara cellula W).

Tale insolito quadro ha bisogno di nuovi studi comparativi con altri casi clinicamente affini per offrire una soddisfacente spiegazione.

Conclusioni parziali. — Caratteristica della tubercolosi polmonare al 3° stadio è l'aumento talora molto forte dei valori leucocitari assoluti e relativi neutrofili, in rapporto alla formazione delle caverne. È però da notare che parecchie forme, all'inizio del 3° stadio, nel periodo del rammollimento o con caverne piccole e scarse, non si allontanano per tali valori dalla norma, talora hanno valori molto bassi. Anche la cura pneumotoracica, o in genere ogni mezzo che possa limitare l'ampiezza delle ulcerazioni (frenicotomia) produce ritorno ai normali valori (v. caso XXXIX). Nè esiste notevole differenza in merito a questi fra forme a decorso benigno e quelle vicino all'exitus. Tali valori sono dunque esclusivamente dipendenti dal numero e dall'ampiezza delle caverne, e relativamente indipendenti da ogni altra causa. Il contenuto percentuale di eosinofili, meno nettamente quello dei mononucleati, è chiaramente in relazione con lo stato di resistenza dell'individuo. Nei casi favorevoli apirettici, in buone condizioni, è elevato, nei casi gravi depresso o abolito. Nulla di notevole nel comportamento dei basofili, che non deviano in genere dal loro contenuto normale. I linfociti sono in questo stadio quasi sempre diminuiti in proporzione all'aumento dei neutrofili.

Circa il quadro neutrofilo, qui esiste ogni possibilità, dal quadro vicino alla norma, nei casi clinici in buone condizioni generali, apirettici, validi, a quello gravissimamente deviato, con cellule W, nei casi preagonici. In genere il massimo spostamento a sinistra può avvicinarsi al 60 % per le cellule della 1ª categoria, con scomparsa assoluta delle cellule della V categoria, quasi completa per quelle della IV.

Conclusioni parziali. — Valori leucocitari assoluti press'a poco normali, come pure il quoziente neutrofilo e linfocitico.

I basofili non rinvenuti nella conta dei preparati non dimostrano con la loro assenza alcun elemento differenziale. Caratteristico è invece il comportamento degli eosinofili e dei mononucleati, i cui valori sono molto alti. Il quadro neutrofilo presenta un completo ritorno alla norma. È evidente il valore diagnostico e prognostico di tale constatazione.

IV. — TUBERCOLOSI POLMONARE III STADIO.

A) *Condizioni generali discrete - febbre scarsa o assente.*

Caso	leucoc.	Formula leucocitaria					Quadro neutrofilo							Annotazioni
		neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	
IV *b*	11.600	80	2	—	17	1	—	—	28	34	27	10	1	V. quadro IV E.
VII *b*	13.000	68	3	1	25	3	—	—	28	42	22	7	1	V. quadro III A.
IX *b*	9.600	77	—	—	21	2	—	—	18	49	25	7	—	Pneumotorace - idrotorace. V. stesso quadro D.
XVI *a*	9.700	71	—	—	27	2	—	—	23	45	27	5	—	
XIX *a*	7.200	82	2	—	15	1	—	—	32	39	25	4	—	
XIX *b*	8.300	69	2	1	26	2	—	—	28	43	25	4	—	V. quadro IV E.
XXI *a*	8.900	66	3	—	28	3	—	—	20	47	29	3	1	
XXI *b*	9.500	78	1	—	19	2	—	—	16	53	25	4	2	Miglioramento.
XXIII *a*	6.700	60	2	1	36	1	—	—	22	37	38	4	1	Forma inizio 3° stadio.
XXIII *b*	12.000	67	2	1	27	3	—	—	18	43	32	6	1	Estensione del processo.
XXVI *b*	7.900	67	10	—	21	2	—	—	19	40	32	8	1	Pneumotorace - idrotorace. 3° stadio iniziale. V. stesso quadro C.
XXVII *b*	11.300	84	1	—	11	4	—	—	21	49	27	3	—	V. stesso quadro D.
XXVIII *a*	7.400	77	3	—	19	1	—	—	29	42	24	4	—	
XXVIII *b*	11.800	74	6	—	18	2	—	—	33	50	14	2	1	V. stesso quadro D.
XXXI *d*	10.200	90	1	1	7	1	—	—	29	41	26	4	—	V. quadro III A.
XXXII *a*	4.300	60	4	—	35	1	—	—	18	28	33	18	3	Tbc fibrosa.
XXXII *b*	4.300	61	5	—	32	2	—	—	10	31	47	10	2	Tbc fibrosa.
XXXII *c*	5.100	66	5	—	28	1	—	—	13	36	37	12	2	Tbc fibrosa.
XXXV *b*	10.500	70	2	1	26	1	—	—	17	41	32	8	2	Pneumotorace - idrotorace. V, stesso quadro C.
XXXIX *a*	7.100	71	1	—	26	2	—	—	26	47	22	5	—	Pneumotorace parziale.
XXXIX *b*	6.500	69	2	—	28	1	—	—	18	43	31	8	—	Dopo frenicotomia.
XLV	9.800	85	1	1	12	1	—	—	12	40	38	9	1	

B) *Condizioni generali discrete - febbre discreta.*

Caso	leucoc.	neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
XXV	9.300	55	4	2	38	1	—	—	36	38	25	1	—	

C) *Condizioni generali deperite - febbre assente.*

Caso	leucoc.	neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
VI	11.100	84	1	—	14	1	—	—	31	39	21	8	1	
XXVI *a*	5.300	74	1	—	24	1	—	—	31	40	27	2	—	3° stadio iniziale - V. stesso quadro A.
XXXV *a*	9.500	68	1	—	29	2	—	—	29	42	25	4	—	V. stesso quadro A - pneumotorace.

D) *Condizioni generali deperite - febbre discreta.*

Caso	leucoc.	neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
IX *a*	9.900	86	1	—	10	3	—	—	29	34	33	7	1	V. stesso quadro A.
XVI *b*	11.500	66	1	—	31	2	—	—	33	53	14	—	—	
XXVII *a*	11.600	61	1	—	36	2	—	—	29	35	25	11	—	V. stesso quadro A.
XXVIII *c*	9.700	60	5	—	33	2	—	—	33	50	14	2	1	V. stesso quadro A.

E) *Condizioni generali cattive - febbre alta.*

Caso	leucoc.	neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
II	15.200	84	—	1	14	1	—	3	51	30	14	2	—	Gravissimo.
III	14.800	87	1	—	11	1	—	2	41	44	10	3	—	Gravissimo.
IV *a*	12.400	82	—	—	17	1	—	—	41	36	18	5	—	V. quadro IV A.
IV *c*	12.300	80	1	1	17	1	—	—	38	38	23	1	—	
VIII	14.200	86	1	—	11	2	—	1	37	42	16	6	—	
X	14.200	85	—	—	13	2	—	2	56	35	6	1	—	Gravissimo.
XVII *a*	9.800	76	2	2	20	—	—	—	47	39	13	1	—	
XVII *b*	9.100	79	1	—	20	—	—	—	45	38	16	1	—	Pneumotorace.
XVII *c*	8.400	76	1	—	21	2	—	—	38	42	18	2	—	Pneumotorace.
XIX *c*	9.200	72	1	1	25	1	—	—	40	46	13	1	—	V. quadro IV A.
XXIV	6.000	79	1	1	18	1	—	—	41	42	26	2	—	Forma ulcerosa iniziale a rapido decorso.
XXIX *d*	14.800	84	1	1	14	—	—	1	39	46	12	1	—	V. quadro III A.
XXXVII	13.200	93	—	1	6	—	—	—	57	33	9	1	—	Gravissimo.

Conclusioni generali. — *Valore leucocitario assoluto.* — Si rinviene ipocitosi nelle forme miliariche. Il valore leucocitario è in genere normale nelle forme polmonari al 1° e 2° stadio ed all'inizio del 3° stadio, indipendentemente dalle condizioni generali del soggetto, dalla temperatura, dall'estensione delle lesioni. È invece aumentato, talora molto fortemente, nelle lesioni ulcerose estese. Diminuisce nuovamente qualora le caverne vengano terapeuticamente annullate o diminuite.

Neutrofilia. — Va di pari passo, in linea generale, alla leucocitosi. Si accompagna quindi alla presenza di caverne, della cui presenza può essere rivelatrice in una diagnosi differenziale.

Eosinofilia. — Varia a seconda della resistenza organica del soggetto, ed è indipendente dallo stadio della lesione. Nei casi a decorso favorevole, nelle guarigioni, il quoziente eosinofilo è fortemente aumentato, ma per diminuire o scomparire qualora l'attività del processo tubercolare vinca la resistenza dell'organismo.

Mastzellen e linfociti. — Nessuna notevole deduzione può trarsi dal loro comportamento. Le mastzellen non variano sostanzialmente il loro quoziente nelle varie forme cliniche. I linfociti sono per solito in numero inversamente proporzionale ai neutrofili, diminuiscono quindi fortemente nelle iperleucocitosi con neutrofilia.

Mononucleati. — Seguono, sebbene meno vivacemente, il comportamento degli eosinofili. Abbondanti nei casi iniziali o in buone condizioni, diminuiscono o scompaiono nelle forme gravi.

Il quadro neutrofilo, appena spostato a sinistra all'inizio della malattia, accentua il suo spostamento in tale senso con l'aumento della gravità del caso clinico. Si dimostra del resto completamente indipendente dalla natura anatomo-patologica della lesione, ed invece in stretta relazione con la resistenza organica del soggetto. Certo, non costituisce un criterio assoluto. Due ammalati, con eguale quadro neutrofilo, possono presentare non solo lesioni diversissime anatomo-patologicamente, ma anche, clinicamente, esser giudicati di resistenza organica non perfettamente uguale. A ciò è da aggiungere anche lievi variazioni del quadro, per caratteristiche individuali.

Precisione maggiore dimostra il quadro neutrofilo nei cambiamenti clinici della malattia nello stesso individuo. Ogni miglioramento, rispettivamente ogni peggioramento, è seguito da oscillazioni verso destra, rispettivamente verso sinistra, del quadro di Arneth, e lo stesso criterio vale per la guarigione clinica. Ma anche tale elemento non è assoluto, perchè, oltre il concorrere di altri fattori capaci, sia pure in misura minima, di variare il quadro in qualche modo, la determinazione del quadro stesso è forzatamente, per la maniera con cui viene eseguita, non matematicamente precisa, ed i lievi spostamenti di 1-2 cifre non possono avere alcun valore. Ciò non diminuisce affatto, a mio giudizio, il valore del metodo: nulla esiste di assoluto nella nostra scienza.

V. — TUBERCOLOSI POLMONARE CLINICAMENTE GUARITA.

Caso	leucoc.	Formula l'eucocitaria: neut.	eos.	bas.	linf.	mon.	Quadro neutrofilo: I M	I W	I T	II	III	IV	V	Annotazioni
XXXVIII	6.600	65	4	—	27	4	—	—	6	35	42	15	2	
XLVI	4.300	58	8	—	31	3	—	—	8	43	35	9	3	

L'importanza pratica della determinazione del quadro neutrofilo è quindi grandissima. Che esso abbia veramente valore diagnostico e prognostico in senso stretto, non credo affatto: è solo un fino indice dello stato presente, che non impegna per l'avvenire; qualunque questo debba essere, il quadro lo seguirà passo passo con le sue oscillazioni. Ma molte volte può indicarci quanto di grave non risulta ai nostri esami clinici, o ci può fare attenti di forze vitali non supposte in organismi già deperiti. Sempre, ci fornisce il più prezioso aiuto nella diagnosi di guarigione clinica, liberandoci da una serie di sgradite sorprese. Nè v'è da trascurare l'importanza clinica di tale determinazione per la terapia, come risulterà da un mio successivo lavoro.

Concludendo, noi traduciamo in cifre, per mezzo del quadro di Arneth, la resistenza or-

ganica di un soggetto di fronte ad una infezione. Noi desumiamo dalla vitalità dei neutrofili la gravità dell'infezione stessa e la vitalità del soggetto. L'esperienza ci insegna che ciò è perfettamente possibile.

Per la letteratura e la descrizione dei casi, si rimanda alla pubblicazione, sotto lo stesso titolo, ora in corso di stampa.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

Ospedali Riuniti di San Gimignano.

Il problema dell'intervento chirurgico nell'appendicite e la sua soluzione più razionale nella pratica odierna.

Prof. Renato Mosti, direttore e chir. primario.

Non v'è capitolo della patologia chirurgica che abbia dato origine, sin da tempi remoti, a così gran numero di lavori e di discussioni quanto quello riguardante la cura dell'appendicite. Se io volessi riandare attraverso la ricchissima letteratura che si è andata svolgendo fino ad oggi intorno a questo argomento e fare una larga esposizione storica dei molteplici, disparati criteri che, nei diversi tempi, hanno regolato la condotta del chirurgo in questa forma morbosa, non solo mi accingerei a compiere un lavoro prettamente inutile, in quanto non potrei fare che ripetere quanto già è stato scritto in proposito in molti lavori d'insieme, ma anche devierei dallo scopo che mi sono prefisso con questa modesta nota, che vuol riuscire essenzialmente pratica ed essere il riflesso della mia personale esperienza chirurgica nel campo dell'appendicite.

Io sono d'avviso che l'appendicite possa e debba operarsi in qualunque momento del suo decorso, in qualunque fase della sua evoluzione. Quando si pensi quanto sia difficile distinguere fin dal principio le forme lievi dalle forme gravi di appendicite, quanto spesso ad una sintomatologia assai poco accentuata possano corrispondere alterazioni profonde nell'appendice e nel circostante peritoneo e che esplodendo ad un dato momento possono mettersi fin da allora al disopra delle risorse chirurgiche; quando si conoscano tutti i pericoli, tutta l'insidia che minacciano di ora in ora l'ammalato di appendicite, che sotto il mentito aspetto di una forma lieve può nascondere nel suo processo vermiforme le più gravi e profonde alterazioni anatomiche, le quali, a parte la loro evoluzione verso una peritonite libera, possono nella migliore ipotesi condurre ad un focolaio purulento peritoneale, rendendo così necessario un intervento meno sistematizzato nella tecnica, più grave, meno sicuro di riuscita, più lungo nel trattamento successivo, meno brillante nei risultati; quando si consideri infine che l'operazione nelle mani di un abile chirurgo e cogli attuali perfezionamenti raggiunti dalla tecnica operativa può ritenersi sicura, immune da qualsiasi pericolo; quando si tengano presenti tutte queste considerazioni, dico, la formula terapeutica da me e da moltissimi oggi adottata non sembrerà di certo eccessivamente aggressiva, anzi, al contrario, dovrà considerarsi come la più logica e la più razionale.

Di conseguenza, l'intervento chirurgico, obbedendo a questi principii, può esplicarsi sia quando il processo appendicitico è al suo inizio, sia quando è in piena evoluzione, sia infine quando esso è già spento: intervento precoce, intervento nel cosidetto periodo intermedio, intervento a freddo rappresentano quindi i tre termini cronologici della formula terapeutica in quistione. Esaminiamoli particolarmente per mettere vieppiù e meglio in evidenza le ragioni che militano in favore della tesi da me sostenuta.

1. *Intervento precoce.* — Il periodo di tempo utile per questo intervento può essere portato sino alle 48 ore. È evidente che in questo periodo l'intervento rappresenta veramente l'ideale, perchè è tecnicamente più facile, mancando le aderenze od essendo scarse e lasse, perchè dà in genere ottimi risultati, come è dimostrato da tutte le statistiche, perchè abbrevia enormemente il decorso del male e, con l'ablazione dell'appendice, riesce una cura veramente radicale. Ma in pratica esso spesso urta contro ostacoli insormontabili, quali principalmente la riluttanza dei malati e dei parenti ad accettare un atto operativo di così grave importanza, essendo consuetudine calcolare sulla possibilità di superare l'accesso senza l'operazione, e la tardività colla quale per solito il chirurgo ha la possibilità di vedere il malato.

L'arbitro della situazione quindi nelle prime 48 ore è quasi sempre il medico, il quale, lungi dal consigliare l'operazione, adotta quel complesso di provvedimenti medici che costituiscono la cosidetta cura immobilizzante. È doloroso constatare che ciò è quanto ancor oggi si verifica da parte di moltissimi medici, nella grande maggioranza dei casi, e non sempre per ubbidire ad una salda convinzione scientifica personale, ma perchè nei più di coloro che esercitano la medicina manca o

è deficiente quella educazione chirurgica, così diffusa, osserva giustamente Franchini, specialmente tra i popoli anglo-sassoni, che permette a quegli operatori di presentare statistiche della fase iniziale straordinariamente numerose.

Comunque, non potendo sempre il chirurgo intervenire nelle prime ore della malattia, sarebbe necessario che la cura medica fosse condotta con grande prudenza e con grande oculatezza, sorvegliando il malato, si può dire, di ora in ora, perchè è appunto di ora in ora che può cambiare la faccia delle cose e diventar così gravissimo, irrimediabile un attacco appendicitico che all'inizio sembrava a carattere benigno. La cura medica non dovrebbe essere protratta più di 2-3 giorni, perchè la pratica mi ha ormai più e più volte dimostrato che se non si verifica la remissione dei sintomi entro questo periodo di tempo, l'appendicite si avvia fatalmente verso la perforazione e quindi verso la peritonite libera generalmente o verso l'ascesso appendicolare a seconda che abbiano o no avuto modo di formarsi le aderenze.

Le condizioni locali e lo stato del polso devono sopratutto fornirci queste preziose indicazioni. Allorchè dopo il 2°-3° giorno i dolori locali tendono sempre più a mitigarsi ed a localizzarsi, la contrattura di difesa della parete si fa meno evidente e più ristretta, il vomito cessa, la temperatura diminuisce, il polso si conserva pieno ed in correlazione, per frequenza, con la temperatura, l'alvo si apre, non v'è ragione di operare subito; l'intervento può essere rimandato senza pericolo a quando il processo sarà completamente raffreddato, cioè in media dopo 30 giorni.

È questa l'unica evenienza nel corso di una appendicite in cui il chirurgo può permettersi di procrastinare l'operazione; una volta che il processo infatti tende spontaneamente a risolversi, non v'è ragione alcuna di intervenire subito: si può farlo più tardi in condizioni più favorevoli.

Quando al contrario, passati i primi due o tre giorni, la sintomatologia persiste immutata o, peggio ancora, si aggrava, cioè i dolori tendono a farsi più acuti e ad estendersi, la contrattura a rendersi sempre più intensa e ad allargarsi, la fisionomia a farsi un po' contratta, se, principalmente, il polso diventa vuoto, frequente ed in discordanza colla temperatura, qualunque sia la benignità apparente degli altri sintomi, ogni esitazione deve sparire, ogni ritardo può essere una sentenza di morte: occorre operare ed operare subito. Lo stesso significato, la stessa indicazione per l'intervento immediato hanno anche quei « ritorni » quelle « ricadute » che non di rado si verificano verso il 5°-6°-7° giorno quando già sembrava che il processo, per l'avvenuta apparente remissione dei fenomeni, si avviasse decisamente verso la risoluzione completa.

I primissimi giorni del decorso dell'appendicite, quando non si voglia o non si possa affidare subito il malato al chirurgo, costituiscono dunque il periodo più delicato della malattia, il periodo più angoscioso, direi, in cui la responsabilità del medico è gravemente impegnata. Ecco perchè, allo scopo di evitare una responsabilità così incombente e di sottrarre alla morte molti malati, che altrimenti potrebbero essere salvati, sarebbe necessario che tanto fra i medici quanto fra i profani si facesse sempre più strada la convinzione che l'intervento precoce, sistematico nell'appendicite rappresenta un'operazione benigna, sicura, radicale, da preferirsi all'alea, alle incognite di un « raffreddamento » che è solo..... nelle mani di Dio!

2. *Intervento nel periodo intermedio.* — È sull'intervento in questo periodo — il quale va dal terzo al quinto giorno inclusi e che corrisponde a quell'epoca nella quale non ancora è decisa la incapsulazione dell'essudato per modo che la malattia può ancora evolvere sia verso la peritonite circoscritta, sia verso la peritonite diffusa — che le divergenze fra i chirurghi si accentuano maggiormente. Di fronte agli « interventisti », cioè a quelli che vorrebbero sistematizzare l'operazione anche in questo periodo, stanno gli « opportunisti » per i quali l'opportunità dell'intervento deve essere vagliata accuratamente caso per caso cercando di ottenere il raffreddamento, se questo è possibile, senza pericolo, oppure adottando l'intervento se si presenta qualche indicazione d'urgenza.

Esaminiamo obiettivamente la quistione, per enunciare e giustificare il nostro punto di vista al riguardo.

Superata la fase iniziale, oltrepassati cioè i primi due giorni, l'appendicite, come già incidentalmente ho accennato più sopra, può evolvere in due modi diversi: sono da distinguersi in proposito i casi leggeri nei quali fin dal 3°-4° giorno si manifestano segni evidenti e decisivi di risoluzione, ed i casi gravi nei quali invece sopravvengono segni indubbi di aggravamento delle condizioni locali e dello stato generale. Nella prima evenienza, che è, come si capisce la più favorevole, non v'è chirurgicamente nient'altro da fare che aiutare

la risoluzione del processo morboso ed attendere il completo raffreddamento prima di intervenire.

Nel secondo caso invece si impone sempre, secondo la mia opinione, l'operazione immediata qualunque sia il momento in cui il malato si presenta a noi, e qualunque sia l'esito che possono avere i fatti locali, anche se presumibilmente favorevole, come nel caso della formazione di una raccolta.

La ragione di questo contegno chirurgico, che a tutta prima può sembrare troppo agressivo e pericoloso, riposa, secondo me, nel carattere, quant'altro mai subdolo ed infido, che individualizza le lesioni anatomo-patologiche proprie dell'appendicite. La pratica, com'è noto, ci insegna che un'appendicite che si prolunga, con una sintomatologia progressivamente aggravantesi, al di là del 3° giorno, giunge fatalmente alla gangrena ed alla perforazione dell'organo, con le conseguenze proprie di questa complicazione; orbene, se è vero che bene spesso, quando la perforazione si compie, si sono già formate localmente delle aderenze tali da impedire che il processo settico si diffonda a tutta la sierosa peritoneale e da dare origine ad una peritonite purulenta circoscritta, è altrettanto vero però, ed i casi nella pratica non sono infrequenti, che non sempre queste benefiche aderenze hanno avuto modo e tempo di formarsi, ed allora la perforazione appendicolare determinerà una peritonite generalizzata, il più delle volte mortale e quasi sempre superiore alle risorse chirurgiche. In questo pericolo, che nessuno può prevedere e misurare, sta, secondo me, la ragione principale dell'opportunità, direi anche, della necessità dell'intervento anche nei primi giorni del periodo intermedio.

Viene obiettato da molti che l'operazione, in queste condizioni, è altrettanto pericolosa quanto e forse più dell'attesa, perchè con essa si minaccia di diffondere a tutta la sierosa peritoneale l'infezione localizzata nella fossa iliaca destra, perchè colle manovre operatorie, sia pur delicate quanto si vuole, facilmente vengono rotte quelle barriere già formate od in via di formazione che sono date dall'aderenze.

Dimostrerò più oltre come questa obiezione non regga alla critica più severa, in quanto che il pericolo che essa prospetta può venire con facilità scongiurato quando si seguano nell'intervento, che va d'altra parte condotto colla più grande attenzione e scrupolosità, certi speciali accorgimenti tecnici di cui farò parola fra poco.

Ma indipendentemente da questa quistione che non da tutti viene risolta nel modo da me prospettato, ogni esitazione dovrebbe svanire però, l'intervento d'urgenza, pronto, immediato, imporsi in alcune eventualità che possono presentarsi dopo il periodo intermedio dell'appendicite, cioè nel così detto periodo tardivo della fase acuta.

3. *L'intervento nel periodo tardivo.* — Queste eventualità sono precisamente le seguenti:

a) *Ascesso iliaco conclamato.* — Allorchè in un appendicitico, a molti giorni di distanza dall'inizio della malattia, viene constatata la presenza nella fossa iliaca destra di una raccolta fluttuante, non v'è tempo da perdere: bisogna operare subito. È un intervento che non va in alcun modo procrastinato, perchè non si può mai prevedere quali ulteriori complicanze possono insorgere, dato che un focolaio purulento periappendicitico possiede un carattere di gravità diversa a seconda della sua posizione, della sua durata, delle aderenze, dall'esservi o non perforazioni, dall'esistenza o meno di processi putridi.

Ma neppure un simile contegno, che è chiaro, logico, razionale, trova tutti consenzienti, perchè non sono pochi coloro che, affidandosi alla probabilità del riassorbimento spontaneo degli ascessi peritoneali, si fanno anche in questo periodo sostenitori della cura aspettante, per decidersi all'intervento solo quando l'estensione del focolaio, l'intensità dei fatti tossiemici minaccino l'esistenza dell'ammalato.

Non v'è chi non possa vedere, secondo me, tutto l'errore ed il pericolo di una siffatta condotta. Infatti colla cura aspettante, che può protrarsi qualche volta anche per dei mesi, si obbliga il malato per altrettanto tempo a tenere il letto e ad osservare una dieta rigorosa, col solo vantaggio di renderlo estenuato per la febbre persistente e per l'alimentazione insufficiente, e di depauperarne l'organismo fino a ridurlo talvolta in condizioni deplorevoli e poco atto quindi a subire, all'occorrenza, un intervento operativo. E tutto questo senza tener conto d'altra parte delle condizioni locali di cui non si potrà mai avere una guarigione radicale e completa, perchè è naturale che l'assorbimento dell'essudato purulento periappendicitico darà luogo a tali reliquati aderenziali da causare disturbi locali ed intestinali non indifferenti, mentre persistendo l'appendice, sia pure ridotta ad un moncone più o meno corto, resterà sempre aperta la possibilità a recidive del male.

Sulle modalità tecniche dell'intervento nel periodo tardivo dell'appendicite con peritonite

purulenta circoscritta che direttamente consegue al periodo intermedio, dirò più oltre.

b) *Peritonite generalizzata.* — Nell'appendicite, la peritonite diffusa può insorgere in due modi diversi: o per diffusione progressiva della infezione dell'appendicite alla sierosa peritoneale, il più spesso in seguito a perforazione, allorchè manchino le aderenze protettrici o queste siano insufficienti a circoscrivere il processo settico, oppure per rottura di un ascesso peritiflitico. Ne deriva quindi che mentre nel primo caso la peritonite si verificherà nei primi giorni della malattia, già nel periodo iniziale nelle forme acutissime, dal 3° al 5°-6° giorno nelle altre forme che non tendono nè alla risoluzione spontanea nè alla formazione dell'ascesso, nel secondo caso invece insorgerà tardivamente: è questo appunto uno dei pericoli, cui accennavo più sopra, della cura aspettante diretta ad ottenere il riassorbimento spontaneo dell'essudato, da alcuni adottata, invece dell'intervento, nella peritonite purulenta circoscritta.

Di fronte alla peritonite libera, diffusa, non v'è altra risorsa cui rivolgersi che l'intervento chirurgico coadiuvato da opportuni provvedimenti medici.

E su questo parmi esservi ormai accordo completo.

Ma disgraziatamente purtroppo le statistiche segnano tuttora un'alta percentuale di mortalità, per quanto oggi, colla migliorata tecnica e coll'impiego di particolari sussidii, si sia ben lontani dai risultati di un tempo. Come in tutte le forme peritonitiche, così anche in quella appendicitica, la prognosi, pur sempre grave, è in relazione a due fattori, cioè alla estensione del processo settico ed al tempo da cui esso data. Quanto più è estesa la zona di sierosa non ancora colpita dal processo infiammatorio e quanto più vicini siamo di conseguenza al suo inizio, tanto migliore naturalmente sarà la prognosi e le probabilità di guarigione coll'intervento chirurgico aumenteranno in relazione. È precipuo compito del chirurgo quindi quello di sorprendere queste peritoniti al loro sorgere per potere ritrarre dall'operazione tutti quei vantaggi che essa può dare, e che non sono pochi quando si pensi che Murphy ha potuto presentare una statistica col solo 3-4 % di mortalità.

In ogni modo, qualunque sia il tempo trascorso dall'inizio del processo peritonitico e qualunque sia l'estensione da esso raggiunta, il chirurgo ha l'obbligo morale di intervenire in ogni caso di peritonite appendicitica, sol che vi siano appena le condizioni permittenti, di operabilità. « Per noi » dice giustamente Lejars « i limiti dell'operabilità non sono che i segni certi dell'agonia vicina, il raffreddamento delle estremità, la scomparsa del polso. Che la sopravvivenza sia del tutto eccezionale, questo non è dubbio; che la morte sia forse fatale..... non abbiamo elementi per contestarlo; ma è altrettanto vero che in precedenza noi non sappiamo ciò che troveremo nel ventre, che assai spesso si tratta di soggetti giovani provveduti di una resistenza vitale inaspettata; per poco che possano ancora sopportare l'incisione della parete, il lavaggio, il nostro dovere è di assicurare loro questa suprema risorsa ».

Dirò più oltre della tecnica operatoria.

4. *L'intervento « a freddo ».* — È a tutti nota la facilità e la frequenza colla quale chiunque abbia avuto un primo attacco di appendicite va incontro a nuovi successivi attacchi, e come spesso le ricadute assumono una gravità sempre maggiore. Stando così le cose, a me pare superflua la quistione ancora dibattuta da alcuni della necessità o meno dell'operazione nel periodo intervallare cioè in quel periodo che intercorre fra un attacco e l'altro e che anche sussegue ad uno solo di essi e durante il quale il processo appendicitico è nello stadio cosidetto di « raffreddamento ». Considerando i fatti che l'appendicite è una affezione a carattere recidivante, che all'accesso anche leggero ne può seguire un altro sulla cui gravità ed esito non è lecito prevedere nulla, che dopo ogni nuovo attacco l'atto operativo può riuscire più difficile ed indaginoso, il medico dovrebbe sempre indurre con persuasione l'ammalato all'intervento, dal quale dovrebbe far desistere soltanto la ripugnanza istintiva e insormontabile del soggetto per le operazioni chirurgiche.

L'operazione dell'appendicite a freddo non offre, si può dire, alcun pericolo, per cui le statistiche dell'appendicectomia in questo periodo sono addirittura brillantissime e di esse si valgono naturalmente i fautori dell'operazione a freddo per dimostrare la sua superiorità sull'operazione eseguita negli altri periodi del male. E a tutta prima veramente non si potrebbe loro dar torto!

Ma se si pensa a tutti i pericoli che hanno corso, a tutte le insidie che hanno evitato quei malati nei quali è stato applicato il trattamento raffreddante, se si pensa al numero, certo non indifferente, di vittime che questo trattamento produce, specie se ostinatamente e senza discernimento applicato, quelle statistiche non avranno per noi che scarso valore e ci dovremo sempre più convincere dell'assoluta su-

periorità dell'operazione praticata nel periodo precoce ed in quello intermedio dell'appendicite, per la quale v'è anche oggi tanto ingiusto timore!

Il momento più opportuno per intervenire a freddo, dopo l'attacco acuto, senza voler stabilire dei limiti di tempo precisi, il che sarebbe poco attendibile, perchè da caso a caso varia il tempo necessario per la completa risoluzione del processo infiammatorio, è quando la febbre è scomparsa da almeno 30-40 giorni e non si palpa più alcun indurimento infiammatorio nella fossa iliaca. Se l'intervento venisse eseguito prima che la risoluzione fosse compiuta, ci troveremmo dinanzi ad aderenze così estese da obbligarci ad un intervento molto lesivo e faticoso, e correremmo il rischio di trovare ancora del pus attorno alla appendice e di dover quindi, in un caso e nell'altro, drenare il peritoneo e di attuare così quel trattamento aperto che, facendo correre all'ammalato rischi maggiori, si era voluto evitare.

Tecnica operativa. — Dato lo scopo essenzialmente pratico di questa nota, non ritengo opportuno di intrattenermi su molte e svariate quistioni che sono state agitate ed in parte si agitano ancora nei riguardi della tecnica operatoria. E d'altra parte farei cosa anche del tutto inutile perchè ormai molte ed ottime sono le monografie che trattano questo argomento in modo completo ed esauriente: chi avesse quindi desiderio di approfondire le proprie cognizioni in proposito potrebbe più utilmente rivolgersi ad esse.

A me preme soltanto di richiamare l'attenzione del pratico su alcuni punti della tecnica sui quali ormai l'esperienza si è pronunziata in modo definitivo e favorevole.

Riguardo all'incisione laparotomica anzitutto, la migliore e la più pratica, quella alla quale deve darsi la preferenza, tanto nella fase iniziale quanto « a freddo », è l'incisione paramediana o pararettale destra di Jalaguier. Essa ha su quella iliaca di Roux e di Mac Burney molti vantaggi fra i quali principale quello di offrire maggiore visibilità per cui tutta la regione ileo-cecale può essere ampiamente esposta rendendo così più facile e meno lesivo il distacco delle aderenze e la ricerca dell'appendice; inoltre essa permette di lasciare integre le fibre muscolari, offre la possibilità di essere prolungata in alto ed in basso quanto occorre, ci dà il modo di esplorare nella donna anche gli annessi di destra e rende la ricostruzione della parete solida e perfetta.

Opportuna e razionale è la modificazione apportata dal Cignozzi al classico taglio di Jalaguier e che consiste nel praticare l'incisione un po' più in basso, al disotto della ombellicale trasversa; questa lieve variante offre il beneficio « di risparmiare i vasi sanguigni muscolari trasversi, di aprire il peritoneo più in basso dove è più sottile, nonchè la facilità di ricostruire le pareti essendo più in basso minore la tensione muscolare e più distensibile l'aponevrosi del grande obliquo ».

Ora, tutti questi vantaggi offerti dall'incisione paramediana sono di grande utilità, specie operando nel periodo iniziale, perche il poter dominare il campo operatorio colla vista ci dà la possibilità di accorgersi della presenza di complicazioni che eventualmente potrebbero già essere in atto (perforazione, pus) e di aggredirle in tempo.

Con questo però non voglio intendere di dare all'incisione iliaca completo ostracismo; essa, e specialmente quella di Mac Burney, può essere usata senza pericolo, operando appendiciti nell'intervallo, specie dopo attacchi lievi, per cui si prevede di trovare una appendice libera o quasi di aderenze.

È nel periodo intermediario che io do invece assolutamente la preferenza all'incisione iliaca, avendo cura però di sezionare tutti gli strati della parete nella stessa direzione. È vero che con siffatta incisione io vengo a recidere per largo tratto le fibre muscolari: inconveniente del resto non molto grave, perchè la sutura secondaria, che io mai trascuro, permette di ricostruire la parete in modo assai soddisfacente; ma è altrettanto vero che con essa io raggiungo un vantaggio grandissimo, quello di cadere in pieno focolaio appendicitico e di evitare sicuramente, nella ricerca dell'appendice, l'inquinamento della sierosa sana circostante per mezzo dei prodotti settici che eventualmente possono trovarsi attorno all'appendice, vantaggio che, credo, possa spesso sfuggire colla incisione paramediana. Ciononostante debbono prendersi ugualmente le solite precauzioni (zaffo protettivo a cornice, ecc.), che meglio ci garantiscono da questo pericolo.

Della stessa incisione sono solito far uso anche nella peritonite purulenta circoscritta, trovando in questo caso ancor più riprovevole il sistema da alcuni seguito di aggredire il focolaio ascessuale attraverso il peritoneo libero, sistema che può essere causa di spiacevoli sorprese, perchè non è improbabile che, nonostante le più attente misure di precauzione, il peritoneo possa inquinarsi. Aperta e vuotata la raccolta purulenta, non tralascio mai di andare alla ricerca dell'appendice, col duplice scopo di aprire altre raccolte che non infre-

quentemente possono trovarsi intorno all'appendice e che possono sfuggire limitandosi ad aprire soltanto quella che trovasi subito al disotto della parete addominale, e di praticare l'appendicectomia che sola può dare all'intervento un risultato radicale. E posso dire di esserci quasi sempre riuscito in tutti i miei casi.

L'esperienza personale ha sempre più rafforzata in me la convinzione che l'appendicectomia sistematica nell'ascesso peritoneale debba costituire il necessario ed indispensabile complemento al metodo della semplice incisione e drenaggio della raccolta. Essa, che è ormai sostenuta da numerosi autori, non costituisce un'assurdità terapeutica, come qualcuno ha voluto definirla, ma dovrebbe rappresentare, per i suoi molteplici vantaggi, il metodo di scelta nella cura dell'ascesso appendicolare, dalla quale solo di fronte ad insormontabili difficoltà tecniche, che possiamo ritenere eccezionali, si dovrebbe derogare. In questi casi, quando cioè l'appendicectomia non possa praticarsi in primo tempo, è al momento della sutura secondaria che l'ablazione dell'appendice deve nuovamente tentarsi, sebbene con minori probabilità di successo perchè, date le profonde modificazioni anatomiche che per il processo suppurativo subisce la regione che la accoglie, il riconoscimento delle parti può riuscire maggiormente difficile. Può allora riuscire particolarmente vantaggioso, come nell'operazione a freddo quando vi siano molte e tenaci aderenze, il metodo della appendicectomia sottosierosa alla Poncet.

Dirò brevemente per ultimo del sistema da me seguito in quei pochi interventi che mi sono occorsi per peritonite libera d'origine appendicitica, e che mi sembra il più opportuno e razionale, sintetizzando esso quanto di meglio è stato proposto dai vari autori.

Ampia, ma non eccessivamente, laparotomia paramediana destra; ricerca ed ablazione dell'appendice; prosciugamento quanto più completo possibile dell'essudato peritoneale con tamponi di garza asciutta; lavaggio del peritoneo coll'etere; trattamento aperto con abbondanti drenaggi; posizione di Fowler; rectoclisi permanente alla Murphy; ipodermoclisi e cardiocinetici. (V. in proposito i miei lavori: *La disinfezione peritoneale coll'etere*, ecc., ecc., in «Gazzetta Internazionale di Med. e Chirurgia», 1915. *La disinfezione coll'etere, la posizione di Fowler e la proctoclisi permanente*, ecc., ecc., in «Policlinico, pratica», 1919).

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

Cardiopatie in gravidanza.

(W. G. DICE. *Am. Journ. of Obst. und Gynec.*, gennaio 1922).

Come per gli uomini la visita di leva, così per le donne l'esame sistematico delle gestanti mostra la frequenza dei rumori inorganici (40 p. cento).

È fisiologico, nei primi mesi, un aumento di frequenza del polso; dopo il sesto mese, la brevità del respiro nella stazione eretta; dopo il settimo od ottavo mese l'allargamento della base del torace per l'accrescimento dell'utero, onde il cuore è spinto in alto, al quarto spazio Talora la pressione dell'utero negli ultimi mesi provoca varici ed edemi negli arti inferiori. Contrariamente alle antiche opinioni, è dimostrato, anche radiologicamente, che non ha luogo ipertrofia di cuore in gravidanza.

Lesioni valvolari sono dimostrabili nell'1.5-2.5 p. cento dei casi, la proporzione varia secondo i criteri seguiti nell'interpretare i rumori.

La stenosi mitralica dà, in gravidanza, una mortalità del 50 per cento; l'insufficienza aortica scompensata, che è rara, del 25 p. cento; l'insufficienza mitralica senza precedenti scompensi dà in giovani soggetti una mortalità trascurabile: tuttociò senza tener conto delle conseguenze remote.

L'endocardite acuta (settica, reumatica, da malattie infettive) è rara in gravidanza, ma sempre grave; negli ultimi mesi è fatale, nei primi produce l'aborto.

A gravidanza avanzata si può avere una dilatazione acuta del cuore d'origine tossica: v'è ipertensione, albuminuria, cianosi, edema polmonare, rumori valvolari. In un caso l'A. praticò la cesarea in posizione semi-seduta, ed estrasse un feto vivo; la madre rimase qualche settimana in gravi condizioni, ma finalmente guarì.

Nell'anamnesi ostetrico-ginecologica bisogna tener conto di tutte le infezioni passate che possono aver dannegiato le valvole o il miocardio. In presenza di un rumore si esaminerà la frequenza e il ritmo del polso, la grandezza del cuore, la risposta allo sforzo. Un cuore grande, con buona risposta, permette la gravidanza; se il campo di risposta è limitato la gravidanza non sarà permessa senza il parere di un cardiologo.

I rumori fisiologici, secondo Mackenzie, sono sempre sistolici, e dei più non si conosce la patogenesi; possono essere più intensi alla punta, alla base, al centro sternale, possono variare con la posizione o la respirazione. I rumori funzionali sono di regola sistolici e si odono egualmente sui diversi focolai; sono delicati e soffianti; non v'è accentuazione del secondo tono polmonare; possono variare d'intensità durante la gravidanza ed anche temporaneamente scomparire.

Un rumore aspro, specie se musicale o accompagnato da fremito, indica lesione valvolare.

Secondo Webster in ogni cardiopatia cronica la gravidanza abbrevia la vita probabile; vi sono però eccezioni.

Una ipotensione arteriosa persistente indica insufficienza del miocardio (Burckardt); rantoli subcrepitanti persistenti, al mattino, alla base del polmone dal lato del decubito notturno, insieme con modificazioni plessiche, sono sintoma di più grave insufficienza miocardica, che non permette la gravidanza.

Secondo l'A. la gravidanza deve essere proibita o interrotta, in ogni cardiopatica la quale ha sofferto, nelle condizioni ordinarie di vita, di affanno e dolore precordiale (esaurimento della forza di riserva del cuore).

Invece nell'insufficienza mitralica, sempre ben compensata, in donna valida, la gravidanza può essere condotta a termine, a condizione che vengano usate le opportune cure anche per qualche tempo dopo il parto; bisogna quindi tener conto delle condizioni sociali.

Le gestanti cardiopatiche sono proclivi alla tossiemia e ai disturbi dispeptici; occorre loro molta aria fresca, dieta ristretta, ed un'attenta regolazione dell'esercizio corporeo. Specie negli ultimi mesi, bisogna cogliere attentamente i primi segni di debolezza cardiaca, che va combattuta col riposo a letto e con gli altri mezzi igienici e farmaceutici.

Quando la digitale è indicata (fibrillazione auricolare soprattutto), dopo la dose forte iniziale conviene dare piccole dosi per circa una settimana, onde mantenere il rallentamento del polso, interrompendo però al minimo segno d'intolleranza.

Se lo scompenso avviene nei primi mesi, conviene provocare l'aborto appena ricompensato il cuore; la gravidanza non giungerebbe a termine, specialmente se si tratta di una stenosi mitralica o di una miocardite cronica.

Nella stenosi mitralica bisogna interrompere la gravidanza quando persistono segni di edema polmonare anche mantenendo nel letto la posizione seduta, o il polso si mantiene sopra 100, con palpitazioni durante gli sforzi.

Se lo scompenso viene a gravidanza inoltrata, e v'è speranza di ottenere con le cure opportune un bambino vivo, non s'interrompe la gravidanza, ma occorre evitare il travaglio. Le condizioni del collo e del perineo, e la grandezza del feto guideranno la scelta dell'intervento: nelle primipare conviene la cesarea. Se l'insufficienza cardiaca minaccia la vita s'interverrà immediatamente, con l'anestesia locale, o al protossido d'azoto e ossigeno. In ogni cesarea conviene sterilizzare la donna.

Se non vi fu mai scompenso, occorre prevenirlo in travaglio, somministrando morfina e scopolamina in periodo dilatante; il parto sarà espletato con la versione o col forcipe. Dopo l'espulsione del feto possono esser pericolose le brusche modificazioni della pressione intraddominale, per la conseguente sovradistensione del cuore destro; pertanto è utile una lieve emorragia nel secondamento, e solo se è molto abbondante si ricorrerà alla pituitrina e alla segale.

I sacchetti di sabbia per mantenere la pressione intraddominale possono venir sostituiti efficacemente da una fasciatura.

La puerpera, riportata a letto, va tenuta sotto attenta sorveglianza. La degenza a letto sia lunga; per parecchie settimane l'attività della paziente dev'essere opportunamente limitata. L'allattamento sarà permesso se le condizioni generali rapidamente migliorano, e, di regola, quando non vi fu scompenso: altrimenti è meglio evitarlo. DORIA.

Osservazioni su di un caso di " Morbus coeruleus ".

(PETERSEN, CRISTOFFERSEN e LINDHARD. *Acta med. Scand.*, 6 aprile 1921).

Gli AA seguirono per parecchi anni, fino alla morte, il caso che descrivono. Si tratta di uno studente che fin da bambino aveva sofferto dispnea e cianosi, le quali rapidamente aumentavano pel minimo sforzo.

A due anni gli fu diagnosticata una malattia congenita del cuore. Verso i 23 anni fu preso da dolore puntorio in corrispondenza dell'apice polmonare sinistro, e febbre, onde ricoverò in ospedale (giugno 1912). Poi fu ricoverato altre quattro volte, finchè, nel febbraio 1915, in seguito ad emottisi ripetute, morì.

All'esame obbiettivo, oltre la cianosi e la dispnea, non si notavano edemi; dita a bac-

chetta di tamburo, segni di lieve ipostasi ai polmoni. Il cuore, radiologicamente e alla percussione, si mostrava ingrandito verso sinistra e in alto: itto della punta al quinto spazio poco all'interno della mammillare. All'ascoltazione forte rumore sistolico raspante su tutta l'aia cardiaca, più debole sul focolaio aortico, ove il secondo tono era accentuato. Comparvero poi accessi di tachicardia, e, indipendentemente da essi, crisi di palpitazioni soggettive senza alterazione del ritmo nello sfigmogramma: il paziente si lagnava di dolore precordiale con irradiazione alla spalla destra. Emoglobina 140, emazie 7,8 milioni.

Da ultimo comparvero segni di tubercolosi polmonare bilaterale.

All'autopsia si trovò pleurite cronica adesiva a sinistra, tubercolosi polmonare cavernosa bilaterale, stasi e pigmentazione notevole in tutti gli organi, milza ingrossata.

Il cuore appare aumentato di peso e di volume: il ventricolo destro prevale sul sinistro e forma la punta. L'orecchietta destra è un po' dilatata: la vena cava superiore è piccola, ma persiste la vena cava superiore sinistra (come nel feto). Il ventricolo destro è poco dilatato ma molto ispessito (2 cm.): all'esame microscopico la muscolatura è normale.

La tricuspide appare normale, salvo ispessimenti ed aderenze di alcune corde tendinee. Nell'angolo superiore sinistro del setto interventricolare vi è un foro, permeabile all'indice, a margini lisci, senza segni di antica infiammazione: il margine superiore è formato dall'aorta che nasce così da entrambi i ventricoli. In luogo del cono arterioso polmonare vi è una piccola depressione, a fondo cieco, chiusa da tessuto fibroso cicatriziale. L'arteria polmonare è piccola, e termina a fondo cieco in corrispondenza di detta cicatrice; sopra il cul di sacco si vedono le semilunari. La branca destra riceve un ramo arterioso grosso come un lapis, di cui non fu possibile stabilire la provenienza essendo il cuore già staccato. L'orecchietta e il ventricolo sinistro sono normali. Dall'aorta ascendente nascono due rami e altri due dall'arco: non ne furono notate le connessioni. Il foro ovale è completamente chiuso e manca il dotto di Botallo.

Gli AA. ricordano che la stenosi polmonare è il vizio congenito più comune, e generalmente ha sede nell'infundibolo, come nel presente caso, però è rara la completa atresia. All'irrorazione polmonare di regola provvedono le arterie bronchiali, dilatate, e rami pericardici ed esofagei. Nelle gravi stenosi polmonari si trova di solito perforazione del setto interventricolare (malformazione congenita, o, secondo altri, consecutiva all'arresto di sviluppo del cono arterioso colpito da endocardite fetale, come nel caso in esame).

La tubercolosi polmonare è la regola.

In un cuore con due atrî e un ventricolo, come praticamente si può considerare quello descritto, il sangue si distribuisce nel sistema aortico e nel polmonare secondo le resistenze relative. Una stenosi polmonare di medio grado ha valore compensativo, impedendo un troppo scarso afflusso di sangue nel sistema aortico, mentre permette una sufficiente ossigenazione.

Le resistenze del circolo polmonare essendo quasi costanti, ogni variazione della distribuzione del sangue ventricolare nei due sistemi dipende dalle modificazioni della pressione nel sistema aortico: ne risulta una regolazione imperfetta, come appare specialmente durante il lavoro muscolare. Infatti nel paz. in esame, dopo lieve sforzo insorgeva dispnea intensa, che cessava soltanto dopo circa un'ora di completo riposo. Gli AA. hanno cercato di chiarire la patogenesi del fenomeno, mediante ricerche sulla respirazione e circolazione del paziente, condotte con metodi personali. Partendo dal supposto, che ritengono abbastanza fondato, dell'approssimativa costanza del flusso sanguigno nel circolo polmonare, dimostrano che l'aumentato assorbimento d'ossigeno che accompagna il lavoro muscolare è condizionato ad una proporzionalmente diminuita tensione di ossigeno nel sangue venoso. Ciò accresce l'eccitabilità del centro respiratorio, stimolato inoltre dall'aumento della tensione del CO_2, donde la dispnea.

La persistenza dell'aumentato assorbimento di ossigeno per oltre un'ora dopo cessato il lavoro, viene spiegata dagli AA. con la deficiente saturazione del sangue, che solo lentamente raggiunge la tensione di O_2 normale del riposo. Tengono anche conto che la dispnea e la tachicardia sono esse stesse lavoro, che richiede a sua volta ossigeno: e inoltre che anche nei normali, cessato il lavoro, l'assorbimento di O_2 ritorna piuttosto lentamente al limite di riposo; l'eccesso probabilmente serve alla rigenerazione di qualche sostanza disintegrata durante la contrazione muscolare.

DORIA

Echinococcosi cardiaca primitiva con multiple embolie.

(Dott. ARMANDO BUSINCO. *Pathologica*, 1° gennaio 1922).

Nessuna regione va immune dalla localizzazione e sviluppo dell'embrione esacanto dell'echinococco benchè esso abbia sedi preferite. La primitiva ubicazione dei piccoli embrioni nel cuore è solo relativamente rara. Nella letteratura italiana ed estera di questi ultimi anni troviamo un caso illustrato dal Barbacci, dal Moriani, dal Baechi, ed un altro illustrato dal Pepere.

L'A. ha ritenuto degno di attenzione un caso che si è presentato alla sua osservazione. Si trattava di un contadino pastore di anni 43. I fenomeni morbosi si iniziarono sei mesi prima della morte. Essi sono consistiti in dolori addominali, crisi di cianosi e pallore alle estremità inferiori. Sopravvenne quindi cangrena secca del V dito del piede d. Nell'ultimo periodo della malattia ebbe agitazione psichica, amaurosi e attacchi convulsivi tipo jäksoniano, durante uno dei quali è morto.

Niente a carico degli altri organi e apparati.

All'autopsia si riscontra sulla *corteccia dell'emisfero destro* un'area rotondeggiante, come una moneta da cinque centesimi, di colorito verdognolo, occupante la parte inferiore della circonvoluzione parietale ascendente. A quest'area corrisponde una formazione cistica sviluppatasi nel lobo parieto-occipitale, che riduce la cavità ventricolare destra. La cisti ha le dimensioni e la forma di una piccola arancia, con parete trasparente e contiene liquido limpidissimo. Il *cuore* è aumentato di dimensioni e deformato da numerose prominenze cistiche, che si trovano sulla faccia anteriore. Nel mediastino esiste una cisti aderente all'arco aortico ed altre cisti attorno ai bronchi ed alla polmonare. Le cavità ventricolari non sono ampliate. Il setto interauricolare è occupato nella sua compagine da cisti che procidono nelle cavità atriali, deformandole. Si aprono le cisti e si constata che la formazione cistica più voluminosa dell'atrio destro appare la più vecchia, poichè la parete presenta qua e là placche bianco-gialliccie di calcificazione.

La *milza* è ingrossata e mostra nella sua compagine due cisti intercomunicanti a contenuto liquido limpido. Ambedue i *reni* sono diminuiti di volume e deformati da solchi profondi e avvallamenti, e si rilevano in essi numerose cisti che occupano sia la corticale che la midollare. Nulla a carico del *fegato*.

Il lume dell'*arteria poplitea destra* è occupato da un cilindro trombotico grigio-roseo, con qualche piccola formazione cistica.

Ciò che di più interessante si pone in evidenza coll'*esame istologico* è che il tessuto fibroso che sta attorno alle cisti, ed è infiltrato di leucociti, è spesso fiancheggiato da cellule giganti, a contorno irregolare, con protoplasma eosinofilo e diversi nuclei (6-10). Tali cellule sono situate a ridosso della parete cistica, al cui disgregamento per fagocitosi prendono parte attiva. In alcuni punti del rene si sorprendono cellule in attiva funzione fagocitaria.

A queste cellule si arriva a traverso schieramenti di cellule sempre più alte e ipertrofiche degli elementi fissi del connettivo. Nel complesso si hanno quegli elementi dello *strato essudativo-cremoso* segnalato dal Leukart, cui i patologi italiani hanno assegnato una valida funzione difensiva (Barbacci, Baëchi, Pepere).

ANSALDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

DONALD E. CORE. *Functional nervous disorders*. — Prezzo scellini 25. — Editori S. Whright and Sons, Bristol.

La letteratura sulle affezioni così dette funzionali del sistema nervoso, cui la guerra ha dato tanto incremento, si è arrichito con questo volume di un contributo pregevole.

Donald Core chiarifica e precisa in questo volume i concetti ed i limiti delle malattie nervose funzionali descrivendone la etiologia e la sintomatologia. Non mancano vedute originali che dimostrano nell'autore una profonda conoscenza della quistione dottrinale ed una vasta esperienza clinica.

Alla profilassi ed alla terapia sono dedicati lunghi capitoli. *dr.*

LANGLEY. *The autonomic nervous system*. Parte I. — Prezzo scellini 5. — Editori Heffer and Sons, Cambridge.

In questo elegante volumetto, che costituisce la prima parte di una monografia ampia e completa è descritta l'anatomia, la distribuzione periferica del sistema nervoso autonomo, l'azione specifica delle droghe elettive sul simpatico e sul parasimpatico.

L'argomento, che tanto sviluppo ha acquistato negli ultimi anni, è trattato con chiarezza e concisione.

L'A. si limita alla descrizione dei fatti già controllati ed acquisiti come sicuri, trascurando tutte quelle notizie ipotetiche ed incerte che costituiscano un'ingombrante dilettantismo.

dr.

G. MINGAZZINI. *Der Balken.* — Prezzo marchi 160. — Editore Springer, Berlino.

È uno studio fisiopatologico e clinico sul corpo calloso, trattato con quella chiarezza e precisione che sono abituali nelle pubblicazioni dell'illustre neurologo romano.

È un'ampia monografia su l'anatomia e la struttura, su lo sviluppo onto- e filogenetico, su la fisiologia, la patologia e la clinica del corpo calloso, una monografia che dà di questa parte del cercello una nozione esatta e quanto mai completa.

È un vero peccato che l'A. abbia preferita la lingua tedesca. Così facendo egli ha certo assicurato alla sua pubblicazione una più diffusa notorietà, ma ha tolto a molti medici italiani la possibilità d'apprendere il contributo che su argomento di tanta importanza ha dato uno scienziato italiano.

C'è da augurarsi che dello studio del prof. Mingazzini sia fatta una traduzione, che lo renda accessibile ai connazionali. *dr.*

LOBEDANK. *Kurze praktische Auleitung zur Erkennung aller Formen des Kopfschmerzes.* — Prezzo marchi 14.40. —Editore Kabitzsch, Lipsia.

In questo volumetto sono elencate le varie forme di cefalea, la loro sintomatologia particolare, i disturbi con i quali si possono trovare associate, le varie malattie delle quali esse costituiscono il sintomo.

Costituisce una buona guida per l'apprezzamento nosologico delle cefalee. *dr.*

PLACZEK. *Das Geschlechtsleben des Hysterischen.* — Editori Marcus e Weber, Bonn.

È uno studio psicologico, medico-legale e sociologico di notevole importanza.

L'A. discute la origine sessuale dell'isteria, mettendo in evidenza con fine intuito psicologico i fatti che concorrono a dimostrare questo rapporto etiologico.

Capitoli di maggior originalità e meglio trattati sono quelli riguardanti le manifestazioni isteriche degli uomini, la responsabilità penale, le relazioni familiari e sociali degli isterici. *dr.*

A. SARIAN. *Morfinismo e cocainismo.* — Prezzo L. 7. — Editori Rosenberg e Selliere, Torino.

Piccolo volume nel quale sono condensati la etiologia, la patogenesi e la clinica del morfinismo e del cocainismo.

Non manca una succinta quanto interessante storia della coca e dell'oppio e del modo come queste droghe hanno invaso il mondo civile.

Capitoli interessanti sono quelli riguardanti la profilassi e la terapia degli avvelenamenti voluttuari.

Il libro è presentato da una lusinghiera prefazione del prof. Tirelli. *dr.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Alcune note sui risultati del V Congresso di Medicina del lavoro.

Dall'11 al 14 giugno ha avuto luogo in Firenze il V Congresso di Medicina del lavoro. Non è compito nostro farne la cronaca, che si riassume nella sua buona riuscita pel numero e l'autorità degli intervenuti, l'importanza degli argomenti trattati, a lode del Comitato ordinatore presieduto dall'assessore per l'igiene del Comune di Firenze, l'egregio prof. Ciampolini (1): facciamo invece un breve commento sui risultati del Congresso stesso.

Dopo il 1º Congresso internazionale del 1906 a Milano, e 4 Congressi nazionali, a Palermo, Firenze, Torino, Roma (1913), gli studiosi delle malattie del lavoro, dopo una lunga sosta di 9 anni, imposta dalla guerra, hanno in questo V Congresso risegnato il passo, per riprendere il cammino nel progresso dei loro studii, e han cominciato ad affermarne i nuovi più vasti orizzonti, trasformando la precedente denominazione di «Congressi per le malattie del lavoro» in quella più vasta di «Congresso di Medicina del lavoro».

Il Ministro del lavoro, on. Dello Sbarba, che col suo intervento personale, ha dimostrato tutto il vivo interessamento del governo alle questioni igienico-sanitarie del lavoro, ha espresso il suo più valido consenso per la dotta innovazione, che corrisponde alle esigenze dell'ora attuale, e ha dimostrato di sentirne la valutazione, dichiarando il suo fervido intendimento di affrettare la soluzione di due importanti questioni, che furono già oggetto di accurata disamina da parte dei Congressi precedenti, cioè la riorganizzazione degli Ispettorati del lavoro, e la pubblicazione del Regolamento generale d'igiene del lavoro. E ha auspicato l'istituzione di organi permanenti che

(1) Ci sia permessa una sola osservazione, che possa essere di avvertimento ai futuri Comitati ordinatori.

Il programma del Congresso comprendeva 5 relazioni, e un numero considerevole di comunicazioni: ma queste sono rimaste in massima parte sacrificate perchè il tempo è stato tutto assorbito dalle relazioni: così il frutto degli studii dei singoli non ha potuto essere presentato alla discussione: eppure essi costituiscono i rivoli scientifici che domani formeranno i fiumi delle relazioni, come questi alimentano i mari della scienza. Ad evitare ciò bisognerebbe che le relazioni venissero stampate e distribuite prima del Congresso; in questo il relatore dovrebbe esporre solo le conclusioni, cui seguirebbe la discussione. Così si esaurirebbe ciascun argomento in un tempo assai più breve, e rimarrebbe il tempo sufficiente per le comunicazioni.

avessero la capacità e l'autorità di costituire l'emanazione e l'esecuzione dei criteri e dei deliberati dei nostri Congressi, in connessione con le direttive dell'Amministrazione centrale.

«Tali organi potrebbero assai opportunamente essere rappresentati dalle cliniche del lavoro attualmente esistenti e da altre istituzioni congeneri, indirizzate le une e le altre a quella uniformità di azione che mantenesse vivi e vitali i problemi essenzialissimi di una saggia politica, umana e sociale, del lavoro».

Noi aggiungiamo che organi permanenti che avessero la capacità e l'autorità di rafforzare e integrare l'azione di Stato nella vigilanza igienico-sanitaria del lavoro, e nella profilassi delle malattie del lavoro, intese nel senso più generico della parola, potrebbero essere, all'infuori dei centri di studio, rappresentati dalle Cliniche del lavoro e affini, quegli Ispettorati medici del lavoro comunali e provinciali, che lo scrivente propose sin dal 1914, quali organi periferici, quali «longa manus» degli organi statali affini, compiendo localmente funzioni d'assistenza e previdenza, per la tutela della salute dei lavoratori, cui gli organi centrali non potrebbero mai arrivare. Solo con la creazione di questa rete di organi locali, disseminata almeno nei principali comuni e provincie, potrebbe essere assicurata una effettiva profilassi delle malattie dei lavoratori, e della morbi- mortalità generale.

Alle Cliniche del lavoro e istituti affini, spetterebbe principalmente il compito elevato di preparare i medici ai nuovi compiti igienico-sociali, cui sono oggi, e più ancora domani, chiamati.

Questo intesero i due Congressi degli Uffici del lavoro, tenuti in Roma nel 1920 e 1921, che, con la diretta partecipazione di rappresentanti dei varii partiti politici, votarono all'unanimità la istituzione dei detti Ispettorati medici del lavoro, locali, chiedendo che lo Stato li riconosca quali organi periferici, agli effetti della vigilanza igienico-sanitaria del lavoro.

Il Comune di Roma ha già istituito, da varii anni, il suo Ispettorato medico del lavoro; Padova ne ha quest'anno seguìto l'esempio; Genova vi si appresta anch'essa; e così altri Comuni. È da augurarsi che essi si diffondano sempre più, per assicurare veramente in modo pratico l'attuazione di tutte quelle misure atte alla migliore tutela della salute dei lavoratori.

In rapporto a questo argomento essenziale, che investe la stessa ragion d'essere dei nostri Congressi, il Devoto che, quale rappresentante della Commissione internazionale per lo studio delle malattie del lavoro, e Direttore della Clinica del lavoro di Milano, ha il merito d'aver segnato la ripresa e la direttiva di questi studii in Italia, ha magistralmente svolto il tema della «prevenzione delle invalidità d'indole medica», lamentando che l'art. 3 del Decreto-Legge 21 aprile 1919, sull'assicurazione obbligatoria per l'invalidità e la vecchiaia, e che riguarda anche «la prevenzione e la cura della invalidità», rimanga in pratica lettera morta, perchè nel Regolamento relativo manca ogni disposizione sull'applicazione di detto articolo. E il Congresso unanime ha fatto voti che il Parlamento, nella prossima discussione per la trasformazione in legge del detto decreto, mantenga l'art. 3, e che il Governo faccia introdurre nel Regolamento le disposizioni necessarie, oggi mancanti, per la più larga ed efficace prevenzione e cura della invalidità.

Il Devoto, per questa prevenzione e cura delle invalidità, ha invocato l'azione diretta della Cassa Nazionale di assicurazioni sociali, secondo del resto il disposto dello stesso art. 3. Noi siamo un po' scettici sulla efficacia dell'azione diretta del grande organo centrale, come di quelli provinciali dipendenti: crediamo invece che meglio potrebbero rispondere allo scopo quegli stessi ispettorati medici del lavoro, comunali e provinciali, già ricordati, che ne avrebbero i mezzi adeguati, lasciando agli organi della Cassa Nazionale assicurazioni il compito di incoraggiare e sussidiare, così i centri di studii, come gli organi locali di azione.

— Dopo il tema generico della prevenzione dell'invalidità si è trattato ampiamente d'uno dei mezzi di tale prevenzione: di prevenire cioè i danni della fatica, sia mercè una congrua limitazione della durata del lavoro, sia mercè l'organizzazione scientifica del lavoro, che permetta il maggior rendimento, col minor dispendio delle forze del lavoratore.

Il dott. Masi, Capo del Servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato, ha riferito appunto «sull'organizzazione dei turni di lavoro», illustrando il meccanismo della fatica sotto il rispetto fisico e psichico, e gli effetti dell'educazione degli organi di movimento e della psiche mediante l'allenamento, e lumeggiando i danni dell'iperallenamento. Ha trattato quindi dei turni di lavoro e degli orari di lavoro, concludendo che, come massima, si debba mantenere l'orario di 8 ore, diviso in 2 periodi di 4 ore con l'intervallo di 2 ore: ma ammettendo che per certi lavori più faticosi occorra un orario minore, come viceversa per altri (guardiani, portieri, ecc.), si possa portare a 10 ore. Tali criteri egli vorrebbe fossero applicati al personale ferroviario.

Il Congresso ha ritenuto come intangibile il principio delle 8 ore di lavoro effettivo, interrotto da congrui periodi di riposo, variabili secondo le speciali condizioni del lavoratore e del lavoro; e, considerando che i problemi riguardanti l'organizzazione dei turni di lavoro non possano risolversi che con lo studio sperimentale diretto dalla fatica nei diversi mestieri e nelle diverse condizioni ambientali e individuali, ha fatto voti che gli Enti preposti alla disciplina e alla tutela del lavoro istituiscano o incoraggino il sorgere presso le grandi industrie statali e private di laboratori sperimentali per lo studio pratico di tutte le questioni concernenti l'organizzazione scientifica del lavoro. Sarebbe certo questo il modo più razionale per dettare leggi del lavoro, sul solito principio Tayloriano del maggior rendimento col minor dispendio, ma in base non a *verbo* importato,

bensì sulle esperienze nostre, su individui e in ambienti di lavoro nostrani, così spesso differenti che altrove.

— In rapporto alla limitazione dell'orario di lavoro, è stata opportunamente da varii oratori richiamata l'attenzione su un pericolo incombente sulle classi lavoratrici, che, frustrando gli scopi igienici di tale limitazione, si sono dimostrate attratte, dal maggior tempo disponibile, e dall'elevazione dei salari, ad un maggior consumo di vino: gli esponenti dell'alcoolismo nei manicomi pubblici italiani, specie sotto forme di psicosi alcooliche, sono aumentati in questi ultimi anni, e più che fra gli operai di città, fra i contadini, mentre son diminuiti fra le classi borghesi. Il Congresso opportunamente ha richiesto che lo Stato, le organizzazioni sindacali e di privati, promuovano ed incoraggino le istituzioni che valgono ad elevare fisicamente e spiritualmente le masse proletarie, tenendole così lontane dai pericoli dell'intemperanza, che dovunque va assumendo di giorno in giorno, carattere di pubblica calamità.

Anche per tali istituzioni molto possono operare secondo noi gli stessi Uffici Municipali del lavoro, sull'esempio di quanto va già operando quello di Roma, con l'istituzione di biblioteche, della sala per operai con ricreazioni istruttive ed educative, ecc. È da augurarsi che istituzioni consimili si diffondano, e che siano specialmente integrate da ricreazioni sportive nei giorni festivi, le quali, anche meglio di altre opere, possono rispondere allo scopo di elevare fisicamente e spiritualmente le classi lavoratrici.

— Il Congresso si è occupato della più importante delle malattie professionali: il saturnismo. Il Biondi riferì sulle «nuove e vecchie vedute sull'avvelenamento da piombo»: osservando, con ragione, che rimangono inalterate le vecchie vedute, frutto principalmente di studii italiani, mentre vanno sepolte sul nascere le nuove vedute di autori stranieri. La colica saturnina è data dal piombo: e non dalla trementina, adoperata per sciogliere la biacca, come avrebbero preteso Goadby, Oliver e altri, a sostegno degli interessi dei fabbricanti di biacca, che hanno inteso e intendono opporsi al divieto dell'uso della biacca, di recente deliberato dalla Conferenza internazionale del lavoro di Ginevra. Mai la trementina ha provocato la classica colica saturnina; mentre d'altra parte altri operai del piombo, come i tipografi, che non adoprano trementina, vanno soggetti alle stesse coliche.

Anche le note alterazioni del sangue, specie sotto forma di basofilia delle emazie, devono avere una più esatta interpretazione: esse non sono patognomoniche del saturnismo, nè così frequenti, come avrebbero ammmesso autori stranieri.

Lo scrivente ha un largo contributo clinico che conferma le vedute del Biondi: la basofilia non fu riscontrata tra i tipografi di Roma, e raramente tra i verniciatori: essa può riscontrarsi nelle intossicazioni recenti, non in quelle croniche, per cessata reazione del midollo osseo alla rigenerazione di giovani emazie nucleate.

Il Biondi ha poi richiamato l'attenzione sull'importanza delle ricerche del piombo nelle urine: ma nel senso che la presenza può indicare se l'individuo ha assorbito piombo, ed è quindi esposto a subirne gli effetti, non già che sia già intossicato: si rivela cioè una minaccia non già l'intossicazione: ed ha quindi un valore non diagnostico, ma prognostico, che suggerisce l'attuazione di opportune misure difensive: ma anche la eliminazione dal piombo, è bene ricordare, è incostante, e saltuaria: per cui le ricerche vanno ripetute pazientemente, ed evitando errori di tecnica, che possono far passare nelle urine piombo contenuto nelle capsule adoperate per la ricerca.

— Il Monti, trattò dell'«igiene agraria del dopoguerra in rapporto alla malaria», illustrando le cause della recrudescenza della malaria, e i mezzi atti a combatterla, mercè principalmente la grande e piccola bonifica del terreno, oltre che con la bonifica umana: mettendo in rilievo la condizione essenziale, per riuscire, la diretta partecipazione alla lotta antimalarica delle classi operaie interessate.

Il Congresso, dividendone le idee, decise la pubblicazione e la diffusione del rapporto Monti, e fece voti che in ogni regione si costituiscano, col concorso delle stesse organizzazioni operaie, enti speciali per praticare la lotta antimalarica, indispensabili di fronte all'estendersi della malattia: intensificandosi all'uopo la propaganda dell'igiene popolare e curandosi l'igiene delle abitazioni agricole.

— Altro argomento interessante, che più volte ha appassionato i nostri Congressi, e su cui ancora discutono sociologi e uomini politici, è stato quello dell'assicurazione delle malattie professionali. Il Borri, riferì su le «Linee di un'etica medico-sociale, per la costituenda Società di Medicina pubblica», e sulla «riforma della legge infortuni», per la quale ribadì principalmente il concetto di doversi sostituire all'attuale sistema dell'indennità-capitale quello dell'indennità-rendita, come si era fatto da chi ci aveva preceduto sulla via delle assicurazioni sociali. Rispetto poi alle malattie professionali, espresse il concetto che, anzichè chiedersi l'assimilazione delle malattie professionali agli infortuni, nei riguardi dell'assicurazione, considerando che questo presuppone la formazione di una lista delle malattie professionali, e che non è possibile formare detta lista, perchè non è possibile stabilire dove molte malattie professionali finiscono e dove cominciano le malattie comuni, così è preferibile chiedere che sia sollecitata l'assicurazione contro tutte le malattie, nelle quali rientrerebbero anche le professionali.

Ma molti oratori giustamente rilevarono che non è giusto indennizzare le malattie professionali alla stessa stregua delle malattie comuni, perchè per le prime v'ha un rischio similare a quello infortunio, che manca nelle altre. E il Borri concludeva coll'ammettere anch'egli che le malattie professionali dovessero avere un maggior indennizzo delle malattie comuni. Cosicchè faceva rientrare per la finestra un principio che si voleva scacciare dalla porta: non assicurazione speciale per le

malattie professionali, ma assicurazione di tutte le malattie, con maggiori indennizzi per le malattie professionali.

E il Congresso infatti invocò che la legge assicurazione generale malattie, ormai matura nella coscienza pubblica, sia al più presto approvata con speciale modalità per le malattie professionali, fondata cioè sul principio del rischio professionale.

Il che presuppone la formazione di quella lista che si voleva evitare, per le difficoltà della redazione. Ma liste si son potute redigere in Svizzera, Inghilterra, Francia, ecc., dovunque già vige la assicurazione contro le malattie professionali: la difficoltà sta nel formulare una lista completa, che fissi i limiti tra le malattie professionali e quelle comuni: ma se questo non è possibile, non è neppure necessario, perchè nei casi dubbii, caso per caso, potrà decidere un Collegio arbitrale di esperti. Noi riteniamo che la migliore soluzione sia quella di formulare una lista generica delle malattie professionali; specificare per alcune di esse le principali manifestazioni cliniche, come si è fatto in Francia pel saturnismo e il mercurialismo, tanto per dare ai medici un orientamento per la diagnosi e la denuncia, e per tutti gli altri casi, non elencati e non elencabili, perchè svariate possono essere le manifestazioni morbose, per es. nel saturnismo, lasciare al criterio dei medici di denunciarle, e ai detti Collegi arbitrali di decidere in merito.

A fianco della lista delle malattie professionali, elencare i lavori industriali capaci di determinare le malattie stesse, anch'essi come un semplice orientamento, perchè dovrà intendersi che vi rientrano anche quelli non elencati, ma che si dimostrino capaci di esporre i lavoratori a determinate malattie professionali.

Per la più scrupolosa applicazione dell'assicurazione per le malattie professionali, potrebbesi stabilire un ordinamento analogo a quello degli infortuni agricoli: non patrocini privati degli assicurati, ma solo da parte di Istituti di patronato debitamente riconosciuti dallo Stato: non possibilità di vertenze giudiziarie, ma liquidazioni di indennità da parte di Comitati liquidatori presso gli Istituti d'assicurazione; tutte le controversie sul diritto o meno dell'indennità, e quindi sull'accertamento o meno d'una data malattia professionale, e sulla liquidazione del relativo indennizzo, devolute a Commissioni arbitrali provinciali, dalle quali si potrebbe ricorrere ad una Commissione centrale arbitrale.

Con tali disposizioni noi crediamo si possano superare in massima parte le difficoltà tecniche inerenti all'assicuraione delle malattie professionali, sì che si possa al più presto nella legge assicurazione malattie, comprendere con trattamento speciale le malattie professionali, analogamente agli infortuni, cancellando una buona volta lo stridente contrasto di trattamento tra questi e quelle, pur basati su un similare rischio professionale, spesso differente solo per quantità e non per qualità.

Applicando poi il principio, che, come per gli infortuni, i premi d'assicurazione degli industriali saranno in rapporto al maggiore o minor rischio professionale delle rispettive industrie, è evidente che essi saranno indotti a risanare nel miglior modo il lavoro sia di per sè che per l'ambiente in cui si svolge, in modo da ridurre al minimo possibile il rischio professionale, e quindi i loro contributi d'assicurazione. Sarà così per via indiretta raggiunto più facilmente lo scopo essenziale di prevenire più che possibile le malattie del lavoro, nell'interesse di chi produce, nell'interesse della razza, e del benessere generale del paese.

Roma, 18 giugno 1922.

Prof. ARISTIDE RANELLETTI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 31 marzo 1922.

Presidente: BATTISTINI.

Su di un caso di osteoma dell'etmoide.

GAVELLO. — Presenta un tumore assai raro asportato dall'etmoide a struttura di osteoma e si intrattiene sulla tecnica dell'atto operativo e sulla patogenesi.

Emangioendotelioma della mammella.

NEGRISOLI. — Contributo casistico.

Sulla sede di azione dei digitalici.

CHIÒ. — Il cuore di rana sospeso funziona con grande frequenza e poco rendimento. I digitalici in concentrazione molto piccola inducono diminuzione della frequenza, prolungamento della diastole, aumento della forza e del lavoro del cuore.

Su un metodo sensibilissimo di saggio delle sostanze digitaliche.

CHIÒ. — Seguendo le modificazioni apportate nella funzionalità del cuore di rana sospeso da soluzioni diluitissime di digitalici si può stabilire il titolo in sostanza attiva dei farmaci presi in esame.

Contributo alla conoscenza delle piastre motrici nei muscoli della laringe.

ARIONE. — L'O. ha eseguito ricerche sulle placche motrici dei muscoli laringei del gatto, del cane e parzialmente dell'uomo, ed ha riscontrato differenze di grandezza delle placche, peculiari ai singoli muscoli, e differenze nel comportamento della fibra nervosa nel momento in cui essa entra nella placca.

La farmacopea italiana nella sua IV edizione.

DEZANI. — Mette in rilievo le inesattezze e gli errori di questa nuova edizione.

P. SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Setticemia meningococcica. Meningite terminale.

Lemierre e Piédelièvre comunicano alla Società medica degli ospedali di Parigi (*Bull. et. Mém.* 1922 pag. 361) una osservazione riguardante un quarantaquattrenne colpito da un'infezione la quale dopo essere stata per undici mesi puramente setticemica, ed essersi manifestata con accessi febbrili intermittenti assai distanziati l'uno dall'altro, si manifestò con una meningite terminale. In questo malato, dunque si distinsero due periodi: un primo di setticemia, un secondo di meningite. Il primo periodo si manifestò con accessi di febbre intermittente separati gli uni dagli altri da intervalli assai lunghi di apiressia. Prima del suo ingresso in ospedale, occasionato da uno di questi accidenti, il paziente aveva avuto già due accessi distanti l'uno dall'altro circa quindici giorni. Durante il primo soggiorno all'ospedale, durato due mesi, ebbe in tutto cinque accessi, due separati l'uno dall'altro da un'apiressia di cinque giorni, gli altri da nove ed undici giorni di apiressia. Durante i sette mesi seguenti il paziente ha continuato ad avere di tanto in tanto dei grandi e passeggeri accessi febbrili, sufficientemente distanziati per permettere al paziente di lavorare: a questo punto una meningite cerebro spinale da meningococco o B, per la quale soccombè malgrado l'uso di un siero antimeningococcico rigorosamente specifico.

Durante il primo soggiorno all'ospedale, gli AA. avevano pensato ad una infezione meningococcica, però tutte le ricerche fatte per isolare un microbo con le emoculture, e le prove agglutinanti, erano restate negative.

Gli autori conchiudono dicendo che questo caso è particolarmente istruttivo per mostrare anzi tutto che nelle meningococcemie la scomparsa, anche prolungata degli eccessi febbrili intermittenti ed il ritorno ad uno stato di salute apparentemente normale, non deve essere considerato come un segno sufficiente di guarigione: il meningococco è un germe tenace, suscettibile di restare silenzioso in modo durevole per manifestarsi poi improvvisamente.

Una seconda osservazione fanno gli autori: conviene non dimenticare l'affinità naturale del meningococco per le meningi allorchè penetra in circolo.

MONTELEONE.

Sulle polineuriti emetiniche.

Una donna di 37 anni è affidata nel marzo 1921 alle cure del prof. Soca (*Annales de la Facultad de Medic. de Montevideo*, 1922) poichè presentava fenomeni dissenterici.

L'A. ricerca inutilmente nelle feci le amebe, ma essendo i fenomeni clinici di natura quasi sicuramente di dissenteria amebica, somministra dell'emetina. Il trattamento comincia con 6 centigr. al giorno, poi con 9 centigr. Giunti ad 1 gr. 05 di emetina, le iniezioni sono sospese e le feci, inviate al laboratorio, non rivelano amebe ma numerose tricomonas.

I sintomi intestinali scompaiono, ma otto giorni dopo la malata accusa debolezza e dolori ai quattro arti. L'esplorazione del sistema nervoso non rivela atassia, nulla a carico dei riflessi tendinei; debolezza di tutti e quattro gli arti, specialmente a sinistra; dolore vivo nelle masse muscolari inferiori, dolore alla palpazione dei tronchi nervosi superiori; Lasègue bilaterale. Sensibilità obiettiva difficile ad esplorare; pneumogastrico dolentissimo. Polso debole, rapido 145-130. Albumina e cilindri nelle urine.

Per una settimana tali sintomi si accentuano, poi comincia il miglioramento e circa un mese dopo la malata si sente completamente bene.

Non vi è dubbio che la sindrome presentata dalla malata sia stata di natura neuritica: il gran numero di fenomeni periferici, l'assenza di fatti di origine centrale, i dolori provocati in tutti i nervi degli arti inferiori e nei nervi del braccio, ecc., parlano in favore. Nessun dubbio anche per l'origine emetinica può sorgere, date le circostanze in cui si è svolto il quadro morboso.

La propria esperienza spinge l'A. ad affermare che quasi sempre l'intossicazione emetinica dà luogo ad una polineurite.

MONTELEONE.

Neurite ottica filicica.

La neurite ottica da «filix mas» è analoga a quella prodotta dalla chinina e dalla etilidrocupreina somministrate a grandi dosi o a persone intolleranti.

Nel caso dell'A. (Sinforiano Garcia - *Archivos de Med. circ.*, Madrid, 1922, n. 47), si trattava di un panettiere, trentanovenne, il quale si lamentava di una diminuzione progressiva della vista da quando aveva ingerito del felce maschio e del calomelano per eliminare una tenia di cui soffriva. Per tale parassita infatti

dieci mesi prima, aveva preso dapprima alcuni semi di zucca, poi alcuni granuli di felce maschio per due volte. Quattro giorni dopo di aver eliminato la tenia, notò un offuscamento della vista in ambedue gli occhi, offuscamento in dieci aumentato al punto che il p. aveva dovuto smettere il suo mestiere. Nell'anamnesi non vi era nè lues, nè alcool, nè infezione alcuna.

L'esame oftalmoscopico mise in evidenza una papilla bianca senza escavazione; i vasi tanto arteriosi che venosi erano molto ridotti di calibro; non vi era differenza tra la papilla destra e la sinistra. La visione era: O. D. = = 1/10; O. S. = 1/6. Vi è leggera riduzione del campo periferico della visione.

Dati gli antecedenti non vi è circa la causa cui attribuire la lesione del nervo ottico in questo infermo.

Questa particolare dolorosa predisposizione del nervo ottico per il felce maschio, ci obbliga ad essere molto prudenti nelle dosi che di detto medicamento si usano come tenifugo. La neurite ottica filicica è molto rara, poichè in 22000 minatori sottoposti al felce maschio per combattere l'anchilostomiasi da Stuelp, solamente in quattro si verificò una cecità permanente, ed anche in questi casi si trattava di infermi anemizzati dall'azione dei parassiti intestinali. Sidler Huguenin ha riunito 78 casi con disturbi visivi, e di questi, 44 con carattere permanente; 18 casi con cecità unilaterale, il resto bilaterale. Quanto alle lesioni osservate istologicamente, esse sono molto simili a quelle osservate nella chinina: lesioni di indole vascolare, degenerazione delle fibre del nervo ottico, ecc. Secondo Nuel, la sclerosi interstiziale è la terminazione del processo. L'azione tossica viene dagli autori attribuita alla filicina od all'acido filicico, principio attivo del felce maschio, agenti sopra le fibre del nervo ottico. Secondo altri, la detta azione tossica si esercita sopra le cellule visive della retina.

MONT.

TERAPIA.

Cure da prestarsi prima di operazioni chirurgiche.

S. J. Glass e H. S. Wallacc (*Journ. am. med. association*, gennaio 1921) ritengono che la maggior parte dei disturbi che si verificano dopo gli interventi chirurgici sono da attribuirsi ad acidosi ed allo *shock* traumatico. È un fatto che, in conseguenza dell'anestesia all'etere si trovano nell'urina corpi acetonici (acetone nel 60 %, acido diacetico 25 %) e che si ha diminuzione nel potere di combinazione del plasma sanguigno per l'anidride carbonica.

Gli AA. consigliano quindi il seguente trattamento preoperativo. Somministrare per qualche giorno prima dell'operazione, ogni 4-6 ore, bicarbonato sodio (g. 1) e lattosio (cg. 30). Circa un'ora prima dell'intervento, ipodermoclisi con 200 cmc. di soluzione di solfato di magnesio al 4 %; mezz'ora prima, iniezione di 6-8 mg. di morfina (solfato) in cmc. 1.5 di soluzione di solfato di magnesio al 25 %. Il paziente viene tenuto in una stanza tranquilla ed un po' buja, donde viene portato con cautela nella stanza da anestesia: esso si trova già in stato analgesico ed il periodo di eccitamento è praticamente nullo. Il polso, dapprima raro, si fa frequente nel secondo stadio, poi ritorna raro durante l'operazione.

L'effetto sinergico del solfato di magnesio e della morfina tendono a prolungare l'azione sedativa, sicchè raramente è necessario somministrare la morfina dopo l'operazione: l'analgesia è prolungata usando la morfina invece che il pantopòn. La quantità di etere necessaria è minore si ha quindi minore irritazione renale, bronchiale e meno acidosi. Vi è poca o punta paresi dell'intestino, meno nausea: il vomito è praticamente eliminato, salvo quando si tratti di interventi sulla cistifellea. Non vi è tensione intestinale e dolori da accumulo di gas; l'appetito ritorna presto diminuisce la depressione mentale e la convalescenza si fa più rapida e meno penosa.

fil.

Criteri generali per l'eliminazionc del dolore nella chirurgia.

È necessario, rileva Q. Schmidt (*Münch. Med. Wochenschr.*, n. 19, 1921), che l'individuo che si sottomette ad un'operazione avverta il minimo dolore possibile, non sia conscio di ciò che gli si sta facendo e sia mantenuto in uno stato di tranquillità psichica nei giorni che precedono e in quelli che seguono all'intervento. Essendo il malato sempre ipersensibile, la tranquillità e il sonno si potranno ottenere nei giorni che precedono l'operazione soltanto mediante la somministrazione di sedativi (veronal, adrenalina, bromuro, ecc.).

Si può eliminare il dolore determinato dall'operazione con farmaci che agiscano sulla periferia oppure sul centro. L'anestesia periferica impedisce o l'eccitazione dei nervi sensitivo nel territorio d'operazione o la conduzione degli stimoli dolorifici al centro; essa presenta gl'inconvenienti di lasciar integra la coscienza del malato (turbato per ciò dalle fasi dell'intervento), di non abolire alcuni riflessi molesti e spesso pericolosi (negli interventi sul diaframma, sui polmoni, sui bronchi, sul me-

senterio, oppure in vicinanza del vago e del simpatico) e di somministrare all'organismo fin dall'inizio dell'intervento una certa quantità di sostanze tossiche che non si possono poi ritogliere. I singoli metodi presentano oltre a questi svantaggi generali, ciascuno i suoi inconvenienti: così l'iniezione del campo operativo con novocaina-soprarenina danneggia i tessuti inibendoli e ne diminuisce la nutrizione e la resistenza alle infezioni; così nelle iniezioni più profonde di anestetici, il liquido può penetrare in vasi sanguigni, in guaine nervose, nelle meningi, provocando per le vie di assorbimento che in tal caso gli si aprono, gravi fenomeni tossici; così l'anestesia lombare, che in alcuni casi sostituisce bene la narcosi generale, determina spesso cefalee intense e durature, conati di vomito, talvolta fenomeni paralitici a carico della vescica, del retto, dei nervi periferici. Pure in alcuni interventi riesce opportuna l'anestesia locale. Si può fare a meno del narcotizzatore; la soprarenina molto in uso impedisce l'assorbimento precoce dell'anestetico e diminuisce le emorragie (utile specialmente negli interventi sul cranio). Inoltre l'ammalato è in grado di cooperare con l'operatore, p. es., contraendo i muscoli dell'addome mentre si cerca il sacco erniario, contraendo determinati muscoli quando si praticano delle suture di tendini, espettorando muco, pus, saliva, sangue, ecc., dalle vie aeree (importante specialmente negli interventi sul viso: disturbo dalla maschera) e negli individui che, perchè hanno le vie aeree infiammate, il cuore debole, i vasi alterati, il ricambio anormale, lo stato generale depresso o l'età troppo avanzata, non si possono assoggettare alla narcosi generale.

Negli interventi non lievi e in tutti i casi in cui è possibile, si deve praticare la narcosi generale. Lasciando da parte il cloroformio si deve usare l'etere, facendolo cadere a gocce sulla maschera aperta, e usando alcune precauzioni necessarie: impedire l'irritazione delle mucose delle vie aeree somministrando prima dell'intervento piccole dosi di atropina, mettendo il malato in posizione adatta e allontanando il muco dal faringe prima, durante e dopo l'intervento. Impedire l'eccessivo raffreddamento e l'abbassamento della pressione sanguigna per mezzo di inviluppi caldi o di un ambiente caldo e di mezzi eccitanti; combattere la distensione e la paralisi gastrica acuta postoperatoria per mezzo di lavaggi dello stomaco. Per gl'interventi minori è sufficiente l'ebbrezza eterea.

POLLITZER.

Pericoli dell'anestesia al protossido d'azoto.

L'anestesia al protossido d'azoto viene diffondendosi: non è male però mettere in guardia contro i possibili pericoli che può presentare per il fatto di contenere impurità.

P. Briault (*Journ. d. Praticiens*, 3 dic. 1921) riporta due casi in cui, dopo l'anestesia, si ebbe apnea, cianosi del volto, risveglio lento, viva cefalea: polso piccolo e frequente, febbre elevata, edema polmonare: uno dei casi venne a morte. L'analisi rivelò la presenza di 18.22 % di anidride carbonica nel gas delle bombole usate. L'A. ha potuto riprodurre sperimentalmente fenomeni analoghi sull'uomo e su animali d'esperimento, facendo respirare protossido d'azoto al 15 % di anidride carbonica; nella cavia ottenne anche la morte.

La presenza di acido carbonico non si spiega come difetto di fabbricazione, poichè il protossido di azoto si ottiene semplicemente per la decomposizione a 240° del nitrato di ammonio, che dà solo protossido d'azoto ed acqua.

Comunque, in attesa che i fabbricanti forniscano il gas in bombole piombate dopo la verifica, questa può farsi agevolmente facendo gorgogliare circa 15 litri del gas in acqua (300 g. circa) a cui si aggiunge qualche goccia di fenolftaleina (soluzione alcoolica a 1 %) e tanta liscivia di soda (o soluzione di carbonato di sodio) da impartire un bel colore rosso-violaceo (bastano poche gocce); in presenza di anidride carbonica, come di ogni altra impurezza a funzione acida, p. e., anidride solforosa, il liquido si decolora più o meno rapidamente secondo la quantità contenuta. *fil.*

Le indicazioni della trasfusione di sangue normale o al citrato.

La trasfusione di sangue è entrata nella pratica corrente, da quando si è avuto l'idea di utilizzare la proprietà anticoagulante del citrato di sodio; per questo mezzo la tecnica di trasfusione si è trovata quanto mai semplificata: non esige particolare abilità nè strumenti speciali, sicchè è alla portata di tutti i pratici ed ha reso notevoli servizi durante la guerra.

Osserva però Bemheim che con questo metodo si hanno reazioni violente anche nel 20-40 per cento dei casi, mentre non si hanno che nel 5 % con la trasfusione diretta. Tale reazione si traduce con elevazione termica associata con brividi ed in qualche caso può condurre alla morte.

Anche le ricerche di laboratorio, come riferisce L. Cheinisse (*Presse médicale*, 25 febbraio 1922) hanno dimostrato che il citrato di sodio

favorisce la fragilità globulare ed inoltre riduce quasi a zero la funzione delle opsonine ed il potere fagocitario dei globuli bianchi. Esso quindi sarebbe controindicato nelle malattie a carattere emolitico (anemia perniciosa) e nel caso in cui si cerchi di combattere un processo infettivo, nonchè nei casi di emorragie intense in cui l'ammalato si trovi in uno stato grave di shock e quindi sia necessario risparmiargli ogni scossa. Sarebbe dunque da preferirsi in tali casi la trasfusione del sangue normale; però questa richiede abilità personale non comune e favorevoli condizioni di ambiente, sicchè non potrà eseguirsi che in qualche caso particolare, mentre la trasfusione al citrato sarà sempre il procedimento di scelta per il pratico. *fil.*

IGIENE.

La distanza dagli occhi adatta per la lettura e per il lavoro.

A. Cantonnet (*Journ. des praticiens*, 1921, n. 45 bis) richiama l'attenzione sui danni che vengono quando gli scolari stanno in posizione tale da tenere il libro od il quaderno ad una distanza dagli occhi minore di 33 cm. Nel guardare a tale distanza, che può considerarsi come la normale, la nostra accomodazione si contrae di tre diottrie: il numero di queste aumenta notevolmente col diminuire della distanza; 4, a 25 cm., 5 a 20 cm., 6 a 17 cm., 7 a 14 cm.: e non è raro vedere scolari che tengono il libro a 15-20 cm. di distanza! Si deve inoltre por mente che la potenza d'accomodazione, che è di 15 diottrie a 10 anni, diventa di 12 a 15, e di 10 a 18-20 anni.

La visione a corta distanza, oltre ad affaticare l'accomodazione esige la convergenza dei due occhi, per la contrazione del retto interno: ne risultano crampi da fatica e stiramenti, per tali contrazioni esagerate e tenute a lungo.

La convergenza così anormalmente contratta può portare una dissociazione fra l'accomodazione e la convergenza, determinando nel predisposto lo strabismo. Si hanno inoltre anche deformazioni nella colonna cervico-toracica, donde attitudini viziate ed alterazioni nella conformazione e nel volume della gabbia toracica. Analoghe osservazioni possono farsi per il lavoro (cucito, ricamo per le ragazze ed altri lavori), che va sempre tenuto alla stessa distanza di 33 cm.; evidentemente i danni sono maggiori nei giovani.

La profilassi dei disturbi accennati comprende anzitutto l'ispezione regolare delle scuole. Nei piccoli comuni, dove manca lo specialista, il medico pratico può esaminare da sè l'acuità visiva, con le adatte tabelle: in mancanza di queste si possono usare lettere ritagliate da qualche catalogo o rivista, bene stampate, dell'altezza di cm. 0.72 (circa 3/4 di cm.), da collocarsi a distanza di 5 m. dall'esaminando, in un posto bene rischiarato. Ogni scolaro od apprendista, che non possa leggerle va esaminato da uno specialista, che consiglierà gli occhiali necessarii. L'ispezione va fatta almeno una volta l'anno.

Si rivolgerà poi particolare attenzione all'arredamento scolastico, in cui spesso si troveranno banchi e sedili difettosi. Insufficiente e mal disposta è talora l'illuminazione, specialmente quella artificiale, che di solito è data da lampade sospese ad 1 m. e più sopra la tavola, con un riflettore, che manda una luce insufficiente, perchè troppo lontana dall'oggetto. Il viso dello scolaro viene inoltre illuminato, ciò obbliga quest'ultimo ad aggrottare le sopraciglia, contrazione che riesce penosa. L'illuminazione, dovrebbe essere individuale, o limitata a pochi; la lampada dovrebbe trovarsi al di sotto degli occhi dello scolaro, e deve essere munita di una protezione opaca, che rifletta la luce sul libro o sull'oggetto di lavoro.

Allo scopo di impedire che gli scolari si tengano a distanza dal quaderno non inferiore a 33 cm., A. Cantonnet propone di usare una tavoletta, larga quanto una mano, fissata al margine del banco, e di altezza tale che arrivi al mento dello scolaro, il quale si trova così costretto a stare a conveniente distanza. Questo dispositivo che il citato autore chiama planchette-gendarme, può benissimo accompagnarsi ai così detti banchi-modello o banchi razionali, in cui l'alunno si trova incastrato in modo da non poter compiere altri movimenti che quelli previsti dall'inventore. In questi strumenti di tortura, a cui si aggiunge ora la *planchette-gendarme*, si tengono imprigionati per diverse ore (gli intervalli prescritti, il più delle volte non si osservano) dei bambini, di cui la caratteristica è la vivacità, il bisogno di movimento! L'effetto probabilmente, oltre a quello di stancare il bambino, è analogo a quello che producevano gli straccali che si mettevano per impedire l'incurvamento delle spalle; quando manca il sostegno, si assume la posizione che fa più comodo. E come il busto eretto lo si può ottenere dopo una opportuna serie di esercizii muscolari, così la posizione corretta potrà ottenersi solo dopo una conveniente educazione,

che naturalmente esige tempo e pazienza, ma che darà i suoi frutti, poichè i muscoli esercitati per ottenere la posizione durante le ore di scuola, potranno mantenerla anche nelle ore di lavoro a casa. Giustamente il Cantonnet ha chiamato *gendarme* la sua tavoletta; lo stesso appellativo si potrebbe applicare a certi banchi modello, ma il carabiniere se è buono strumento di difesa sociale, non educa, e la scuola deve avere questa suprema mira.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1274) *Proprietà medicamentose dell'*Equisetum arvense. — Al dott. E. Sirolli, Altino:

L'*Equisetum arvense* (coda di cavallo, brutea) viene usato come diuretico in alcune farmacopee e specialmente in quella germanica. Contiene una piccola quantità di acido silicico e recentemente è stato anche usato nella tubercolosi polmonare per le sue proprietà astringenti. Debbono raccogliersi i rami sterili in maggio od in giugno.

(Cfr. Pharmacopea Germanica, ed. 1914).

F. CORTESI.

(1275) *Reazione di Weichbrodt sul liquor.* — All'abb. n. 4437:

Detta anche reazione al sublimato. Si mescolano 3 parti di soluzione 1 % di bicloruro di mercurio purissimo con 7 parti di liquor. Se questo è patologico si intorbida subito; se normale solo dopo 24 ore. Se il liquor contiene sangue deve essere dapprima centrifugato. Weichbrodt ritiene che la reazione sia positiva nelle malattie del sistema nervoso provocate da sifilide, negativa nelle altre, ed ha trovato corrispondenza fra la reazione al sublimato e quella di Wassermann. L'affermazione è contraddetta da altri autori. Del resto anche il liquor normale contiene albumina, e quindi dà con il sublimato, un precipitato che nel liquor patologico sarebbe più abbondante.

fil.

(1276) *Tensione arteriosa.* — Al dott. D. G.:

Coll'apparecchio Riva Rocci e con manicotto di 12 cm., il più comunemente usato dagli autori moderni, la pressione massima normale è di 120 mm. di mercurio, la minima normale di 70. La pressione massima patologica può superare i 250, la minima raggiungere anche i 140-150. Nelle ipotensioni si hanno pressioni massime di 90, 100 e minime di 60. Naturalmente esiste una grande variabilità da malato a malato e variazioni fisiologiche a seconda dell'età, dello stato emozionale, dell'ora del giorno, in rapporto con l'alimentazione, la digestione, ecc.

Per avere notizie precise e larghe, potrà leggere l'ottimo volume del Gallavardin: *La tension arterielle en Clinique.*

t. p.

(1277) *Punte di fuoco.* — Al dott. L. C. S., Costantino Calabro:

I medici italiani rifuggono dall'uso delle punte di fuoco. Esse possono essere sostituite da moderni revulsivi, che evitano la tortura del malato.

t. p.

(1278) *Ascessi da fissazione.* — Allo stesso:

Gli ascessi da fissazione sono indicati in ogni specie di sepsi a germe conosciuto e da alcuni sono usati anche nelle malattie a germe ignoto. Il valore terapeutico di tale pratica è molto aleatorio.

t. p.

(1279) *Trattato moderno per esami di laboratorio.* — Al dott. F. M., da G.:

Ottimo e moderno è il volume di Bard: Précis des examens de laboratoire, edito da Masson a Parigi e comparso nel '18.

t. p.

(1280) *Formulario terapeutico italiano.* — All'abb. 1844:

Consigliamo, come più volte abbiamo fatto in questa rubrica, l'ottimo volume del Rubino edito dalla casa Vallardi.

t. p.

(1281) *Cura del Radium.* — Al dott. X:

Esiste a Roma un Istituto di cure col Radium al quale direttamente deve rivolgersi per avere le notizie richieste.

t. p.

(1282) *Notizie bibliografiche.* — Al dott. I. B., Zibello:

Siamo dolenti di non poter fornire notizie bibliografiche; tale compito esula da quelli imposti alla posta degli abbonati.

t. p.

(1283) All'abb. n. 470 (4):

Per questo anno scolastico non vi sono ormai più corsi di nessun genere.

V. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il progetto presentato alla Camera dei Deputati per la Cassa di previdenza dei medici-condotti.

Già altra volta su questo giornale esponemmo lo schema del nuovo disegno di legge per le pensioni ai sanitarii condotti ed indicammo i miglioramenti che esso apportava alle pensioni presenti, passate e future. Da allora gran passo è stato fatto. Da un semplice studio, compiuto da una Commissione, ora siamo dinanzi ad un concreto progetto di legge, presentato da S. E. il Ministro del Tesoro al Parlamento ed alla relazione su di esso fatta e presentata alla Camera dei Deputati, dall'on. Fumarola, che ne è il relatore. Non resta che discuterlo ed approvarlo.

Ed all'uopo facciamo caldo appello a tutti i deputati nostri colleghi, perchè facciano in modo che alla discussione si addivenga presto e che sia approvato il disegno di legge senza alcuna modifica o variazione, giacchè esso, come è ora redatto, pienamente soddisfa le esigenze della classe.

Il nuovo progetto mantiene l'ammontare delle pensioni quale noi altra volta esponemmo. Esse, per i nuovi inscritti, vanno da un minimo di lire 2000, per eventuali casi di invalidità dopo solo 20 anni di servizio, ad un massimo di lire 12,000 per gli anziani. Pel periodo intermedio, la pensione può essere ragguagliata, più che al tripo di quelle desunte dalle tabelle ora in vigore; per coloro che sono attualmente in servizio è mantenuto un sistema misto, calcolando la pensione, per rispetto agli anni che seguono la iscrizione, sulla base integrale della nuova tabella e per rispetto agli anni di servizio già fatti, in base alla stessa tabella con la riduzione del 40 %, e per coloro che già godono di assegno di quiescenza l'aumento è proporzionale e graduale con aliquota decrescente sulle successive quote di pensione, e, così, per le prime 1000 lire di pensione l'aumento è del 100 %, sulle seconde 1000 lire è del 50 %, e del 25 % sulle pensioni eccedenti le lire 2000.

Delle innovazioni introdotte nel nuovo progetto di legge talune sono modificative di altre disposizioni contenute nella legge vigente, ed altre non hanno, invece, alcun riscontro nella legge attuale.

Tra le prime, le principali sono:

a) elevazione da lire 300 a 1000 dello stipendio utile per l'iscrizione alla Cassa in considerazione della elevazione generale della misura di tutti gli stipendii;

b) elevazione da lire 132 a lire 600 del contributo annuo dei medici e di quello degli enti;

c) tutte le pensioni, meno quelle per gli orfani e per le vedove, sono colpite da una ritenuta del 2 %;

d) soppressione dei conti individuali;

e) abbassamento da 25 a 20, degli anni di servizio necessarii per conseguire la pensione, purchè vi concorra la condizione della invalidità o quella della soppressione del posto, o di condanna, o di passaggio alla dipendenza dello Stato;

f) il riconoscimento del diritto a pensione nel caso di ferite o di infermità che *sieno conseguenza diretta od immediata della funzione;*

g) aumento della pensione da corrispondersi alle vedove ed agli orfani, estendendo il diritto della pensione anche ai figli maggiorenni inabili al lavoro e nullatenenti, che al momento dello abbandono del servizio fossero a carico del sanitario.

Fra le seconde, sono da annoverarsi le seguenti:

a) la facoltà di riscatto dei servizii prestati alla dipendenza del Ministero delle colonie pei medici coloniali, che sono autorizzati di iscriversi alla Cassa di previdenza dei medici condotti;

b) la facoltà di chiedere il riscatto, col pagamento del relativo premio, degli anni corrispondenti alla durata legale dei corsi universitarii, del servizio militare obbligatorio, dei servizii di assistente universitario o negli ospedali o nelle cliniche universitarie senza versamento di ritenute in conto entrate eventuali del tesoro;

c) la facoltà di chiedere il riscatto dei periodi di servizio effettivo prestato, quando non si era obbligati alla iscrizione;

d) la facoltà di chiedere il riscatto dei servizii interinali o provvisorii prestati prima o dopo l'inscrizione alla Cassa, purchè con nomina e corrisponsione diretta dello stipendio da parte dell'ente alla cui dipendenza furono resi;

e) la facoltà di chiedere il riscatto del periodo di servizio di esperimento prestato nei

Comuni con nomina regolare, ma senza percezione di stipendio, prima della attuazione della legge 22 dicembre 1898, n. 5849.

Ai veterinarii inscritti alla Cassa alla data di pubblicazione della legge è concesso il riconoscimento agli effetti del trattamento di riposo dei periodi di servizio prestati con nomina regolare e con percezione di stipendio, prima della attuazione della legge 25 giugno 1902, n. 272, presso Comuni, che non aveano regolarmente istituita la condotta veterinaria.

Si riconosce, inoltre, il diritto ai sanitarii, nominati per la prima volta dopo l'attuazione del R. Decreto 18 settembre 1919, n. 1825, di chiedere il riconoscimento del periodo di servizio provvisorio o interinale, eventualmente prestato, prima della nomina regolare nello stesso ente ove furono poscia regolarmente nominati, purchè i servizii stessi sieno stati iniziati dopo l'attuazione del decreto luogotenenziale del 31 agosto 1915, n. 1420 e prima della entrata in vigore del R. D. suddetto e fra i servizii medesimi e quelli prestati con nomina regolare, non vi sia stata interruzione.

Anche il servizio militare con interruzione di carriera ed i servizii interinali nonchè i servizi regolari, non riscattati sono calcolati utili per raggiungere più presto il diritto alla indennità od alla pensione, secondo che sarà stabilito nel regolamento.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Reggio Emilia*: Dottori: Altana prof. Giuseppe, Reggio Emilia — Alboni Nando, Scandiano — Castagnetti Fortunato, Bibbiano — Gallingani Imerio, Cadelbosco Sopra — Campanini Alcide, Castenovomonti — Nobili Brenno, Ciano d'Enza — Campani Paolo, Albinea — Fattori Marcello, Baiso — Giavoni Ugo, Castelnovo Sotto — Rio Giuseppe, Correggio — Fochi Luigi, Montecchio — Currini Galletti Cosimo, Villa Minozzo — Ferrari Brenno, Reggio Emilia — Ferrarini Pietro, Carpineti — Tonelli Giuseppe, Casalgrande — Mazzini Francesco, Quattro Castella — Fiore Giovanni, Ramiseto — Zappettini Angelo, Vetto d'Enza — Zanetti prof. Giovanni, Brescello — Pinto Leopolo, Gualtieri — Turba Carlo, Luzzara — Facci Giuseppe, Rolo — Rossi Gian Carlo, Bagnolo in Piano — Casotti Pietro, Casina — Alberti Enrico, Gattatico — Pansini Luigi, Ligonchio — Righi Augusto, Rubiera — Gibertini Roberto Sant'Ilario d'Enza — Moratti Aurelio, Vezzano sul Crostolo — Guidetti Pietro, Viano — Radighieri Alessandro, Boretto — Rossaro Giorgio, Brescello — Stegagno Damiano, Reggiolo.

Provincia di *Venezia*: Dottori: Favalli Secondo, Venezia — Ubertis Francesco, Mirano — De Faveri Giuseppe, San Donà di Piave — Abbbruzzetti Alfonso, Burano — De Sanctis Francesco, Cavarzere — Narizzano Francesco, Cavarzere — Meucci Giuseppe, Chioggia — Rizzola Filippo, Musile — Zanon Sante, Caorle — Frattina Giuseppe, Annone Veneto — Niola Salvatore, Burano — Tallone Dionigi, Cavazuccherina — Giordano Giuseppe, Chirignago — Mollica Arturo, Grisolera — Pastorella Calogero, Martellago — Pannone Alessio, Mestre — Pasqualino Luigi, Murano — Ambrosio Dante, San Michele al Tagliamento — Lucibelli Pietro, San Michele del Quarto — De Forti Gaetano, Santo Stino di Livenza — Scarante Arturo, Zellarino — Marazzone Francesco, Torre di Mosto — Molini Arturo, Campolongo Maggiore — Mozzi Riccardo, Ceggia — Grandis Umberto, Cinto Caomaggiore — Cappellari Giovanni, Dolo — Ronconi Vincenzo, Favaro Veneto — Olivieri Mario, Marcon — De Marchi Luigi, Meolo — Statuti Antonio, Portogruaro — Aly Belfadel Arturo, Santa Maria di Sala — Trevisan Giuseppe, Spinea — Arduino Antonio, Cona — Talarico Alberico, Concordia — Brun Antonio, Fossalta di Porto — Marianini Federico, Gruaro — Baroni Ottorino, Mira — Papalardo Francesco, Noale — Lodigiani Enrico, Salzano — Meneghelli Guido, Scorzè — Dobrowlnj Giuseppe, Teglio Veneto — Scarpis Enrico, Vigonovo — Schiavolena Roberto, Noventa.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9458) *Concorsi a medico condotto - Primo graduato.* — Dott. A. R. da S. M. sul S. — I ricorsi alla IV sezione del Consiglio di Stato si possono proporre entro sessanta giorni dalla notifica. È chiaro, quindi, che il termine è da tempo scaduto. È scaduto anche quello pel ricorso al Re in linea straordinaria, che è di 180 giorni, dalla notifica.

(9459) *Età per partecipare a pubblici concorsi.* — Dott. G. F. da S. C. di R. — Per la nomina del medico condotto i Comuni sono liberi di stabilire quel limite di età, che meglio credono. Non possono imporre alcun limite per quei medici, che provino di aver prestato servizio in altre residenze. Per la nomina ad ufficiale sanitario è stabilita l'età di anni 45. Bisogna poi tener conto del disposto dello articolo 2 del R. Decreto 18 settembre 1919, n. 1825, secondo cui, i limiti di età fissati dai regolamenti municipali, sono elevati di quattro anni.

(9460) *Anni di studio utili per la pensione od indennità.* — Dott. L. C. da B. — Per gli effetti dello articolo 13 del R. Decreto 23 ottobre 1919 modificato dal successivo R. Decreto del 21 agosto 1921, n. 1144, ha diritto al computo di tanti anni di studio quanti ne occorrono per conseguire e liquidare la indennità, che ha chiesta alla Corte dei Conti. Il regolamento per tale riscatto non è ancora pubblicato, ma vi si farà egualmente diritto, chiedendolo alla R. Corte nell'atto della liquidazione della indennità. Nulla è stabilito circa il valore da attribuirsi agli anni passati in guerra.

(9462) *Fatture o specifiche mediche.* — Dott. A. C. da C. S. P. — Le specifiche od anche le fatture per onorarii di visite o di interventi chirurgici, debbono essere fornite di marche da bollo.

(9463) *Ricchezza mobile.* — Dott. abbon. n. 3302. — Per ottenere il rimborso delle somme già pagate come ricchezza mobile occorre fare domanda

per cessazione di esercizio allo agente delle Imposte, allegando la prova della cessazione. Per il futuro deve fare domanda alla Commissione mandamentale, chiedendo la cancellazione dal ruolo per cessazione di esercizio. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 15 luglio. Seconda condotta; L. 9000 e le indennità c.-v. Chirurgo direttore dell'Ospedale: L. 10,000 e le indennità c.-v. Per la condotta biennio di assistentato effettivo in grande Ospedale o clinica chirurgica. Per il posto di chirurgo direttore laurea da tre anni e titoli comprovanti pratica dell'arte chirurgica.

CASERTA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario nei seguenti Comuni: Marcianise, Nola, Marigliano, Casal di Principe, S. Maria C. V., Capua, Carinola, Fondi, Lusciano, Palma Campania e Pietravairano. Annua indennità rispettiva di L. 5000, 6000, 5000, 4000, 7000, 5000, 5000, 5000, 3000, 4000, 3000. Espressamente vietato di accettare e mantenere altro incarico retribuito senza la preventiva autorizzazione del Prefetto. Domande ad ogni singolo concorso alla Prefettura (Ufficio Provinciale Sanitario) non oltre le ore 12 dal 31 agosto. Età limite 40 anni. Iscrizione in un albo. Chiedere annunzio.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — Scad. 15 luglio; poveri e servizio necroscopico; L. 7000 e c.-v. di legge.

CESA (*Caserta*). — Proroga 15 luglio; poveri; L. 4000; in corso d'approvazione aumento a lire 5000.

CONCORDIA (*Modena*). — Scad. 10 luglio; 3° reparto; L. 8000, 10 ventesimi biennali; indenn. cavalc. L. 2500; doppio c.-v.

FAENZA. — Medico primario dell'Ospedale Civile; titoli ed eventualmente esami. Ab. 43,070. L. 10,000 (in corso aumento a 11,000) e 10 bienni del ventes. Scad. 45 giorni dal 15 giugno. Chiedere annunzio al Municipio.

ISCHIA DI CASTRO (*Roma*). — Scad. 15 luglio; L. 7000, da elevarsi a L. 8000, per 2000 poveri, quota supplement. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; doppio c.-v.

JATRINOLI (*Reggio Calabria*). — Scad. 15 luglio; 2ª zona; L. 4000 e 5 quadrienni decimo; L. 5 per ogni famiglia oltre le 200; per cavalc. L. 1200.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 25 luglio, 2ª cond. L. 6000 e 8 trienni decimo; due c.-v. con alcune limitazioni per la seconda nei riguardi dei figli, L. 1500 spese trasporto. Residenziale chilometri q. 6.300; non limiti di età.

MIRANO (*Venezia*). — Scad. 6 luglio. Due cond.; L. 8000; due c.-v.; indenn. vett. L. 2500.

NOVARA. — Scad. 30 luglio. Medico supplente, lire 3000 ivi compreso mezzo trasporto.

PREMILCUORE (*Firenze*). — A tutto 31 luglio; 2ª cond.; L. 6000 e 8 trienni dec.; p. pov. L. 4000 e L. 3000 disag. resid.; 2 c.-v.; L. 4000 cavalc., revidib.; alloggio. Situaz. fam. Serv. entro il termine che sarà indicato.

Medico-chirurgo trentenne, laurea Roma, quattro anni di pratica condotta, ottima referenza, perfetto francese, tedesco ed inglese, cerca interinato, o posto di assistente in clinica o sanatorio. Scrivere: Armando Sarian, piazza Rondanini, 29 - Roma (20).

Medico-chirurgo trentenne, abruzzese, avvezzo interinati montagna, buone graduatorie concorsi, cerca buono interinato, rimunerativo, salubre, ovunque, di lunga durata, escluse condotte piene. Dirigere offerte per telegrafo od espresso: dottor Giandomenico Piermarini, medico-chirurgo, Bagni Della Porretta per Castel di Casio (Bologna).

Diffide e boicottaggi.

Nella provincia di Perugia esiste il blocco e perciò il comune di Perugia è diffidato nel suo concorso a 3 condotte. E tanto più la diffida colpisce il comune di Perugia perchè mentre ha dato recenti miglioramenti a tutti gli impiegati, i medici sono stati esclusi. Nessuno concorra.

Presidente Federazione Umbra M. C.
Dott. ADOLFO BOLLI.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il corpo accademico dell'Università di Roma ha, con votazione unanime, designato alla carica di rettore per il prossimo anno accademico il prof. sen. Giuseppe Sanarelli, direttore dell'Istituto di Igiene.

Esprimiamo il nostro compiacimento per questa designazione. L'illustre studioso, dotato di alta autorità e di grande esperienza, assicura prestigio al nostro Ateneo e saprà svolgere opera attiva, energica e feconda a favore di esso.

Il prof. Jader Cappelli, direttore della Clinica dermosifilopatica di Cagliari, è stato chiamato, a dirigere quella di Torino con voto unanime di facoltà.

Il dott. prof. Lorenzo Coleschi, direttore del Reparto Radiologico e di Terapia fisica delle Terme di Montecatini, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per meriti professionali.

Il dott. Ugo Venere da Roma è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per i suoi speciali meriti professionali, e per le grandi benemerenze acquistate durante l'epidemia di grippe («spagnola») del 1918-19.

Il dott. Antonio De Castro, medico-chirurgo comunale di Rho, è stato nominato cavaliere della Corona d'Italia per benemerenze acquisite nel campo professionale durante la guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

XI Congresso Stomatologico Italiano.

Promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana, avrà luogo a Roma, il 1° ottobre, nella R. Università.

Per tutto ciò che riguarda iscrizioni al Congresso, ammissioni di comunicazioni, ecc., rivolgersi al Comitato promotore, il quale è costituito dal Consiglio direttivo della F. S. I. ed ha recapito in Milano, via Laura Mantegazza, 10.

Per tutto ciò che concerne alloggi, gite, ecc., rivolgersi al Comitato ordinatore, il quale ha sede in Roma, piazza S. Bernardo, 108-A, telefono 68-70: ne è presidente il prof. dott. Boezio Piergili; segretario il prof. Arrigo Piperno; tesoriere il prof. G. Coen Cagli.

***

Diamo un primo elenco dei temi ufficiali da discutersi e i nomi dei rispettivi relatori: Le lesioni dell'apparato di masticazione in rapporto alla legge sugli infortuni degli operai sul lavoro, prof. Arturo Beretta; I moderni progressi dell'ortopedia facciale, prof. Corrado D'Alise; La questione delle estrazioni nelle cure di ortopedia dento-facciale, prof. P. Boggio; L'anestesia in stomatoiatria, dott. C. Cavina; Concetti moderni sull'applicazione della Protesi dentaria movibile e amovibile, dott. B. De Vecchis.

Tra i temi professionali sono annunciati: La coltura odontoiatrica del medico, prof. Raffaele D'Alise; I primi 20 anni di vita della F. S. I., prof. Giorgio Coen-Cagli.

Congresso d'Igienisti.

Si è svolto a Napoli dal 25 al 29 maggio. Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Provvedimenti finanziari per gli Ospedali di Roma.

È stato distribuito alla Camera un disegno di legge per «Provvedimenti finanziari a favore del Pio Istituto di Santo Spirito in Sassia ed Ospedali riuniti di Roma».

L'annuo assegno di L. 4,500,000 concesso agli Ospedali romani coll'art. 2, 1° comma, del decreto-legge 18 aprile 1920, n. 481, viene elevato fino alla concorrenza di 12 milioni. Per spese di carattere temporaneo, specialmente a vantaggio del personale e dell'estinzione di passività varie, si provvede, in parte, con un concorso straordinario del Tesoro, fissato per l'esercizio 1921 in L. 5,750,000 ed in parte a carico dell'ente, col concorso dello Stato nel pagamento degli interessi, elevando sino alla concorrenza di L. 14,200,000 il mutuo di L. 8,800,000 che la Cassa Depositi e Prestiti venne autorizzata a somministrare.

Poichè, malgrado la notevole importanza dei concorsi dello Stato, la situazione finanziaria degli Ospedali di Roma non sembra ancora del tutto chiarita nè presenta caratteri di rassicurante stabilità, si è ritenuto necessario di disporre che una Commissione di cinque membri, nominata dal Ministro dell'Interno, di concerto con quello del Tesoro, verifichi lo stato economico-finanziario dell'Opera Pia, avvisando ai mezzi più idonei per realizzare le maggiori economie di gestione.

Bollettino del Lavoro e della previdenza Sociale.

Richiamiamo l'attenzione su questa pregevole pubblicazione ufficiale, edita dal Ministero per il Lavoro e la Previdenza Sociale; contiene monografie, documentazioni e notizie sul mercato del lavoro, sulle organizzazioni professionali, sulla legislazione e la giurisprudenza del lavoro, inchieste e relazioni; l'igienista e il medico vi troveranno dati interessanti sulla patologia, la tutela igienica e l'assistenza sanitaria dei lavoratori e sulle assicurazioni sociali (infortuni, malattie, invalidità, ecc.); molto ricca è la bibliografia.

Assistenti stranieri nelle Cliniche Italiane.

Per iniziativa della Lega Italiana, la Facoltà Medica dell'Università di Roma ha concesso che nel prossimo anno scolastico medici stranieri possano entrare nelle cliniche dell'Università di Roma in qualità di assistenti volontari (gratuiti) a somiglianza di quanto già fanno con molto successo le Università francesi.

Non è necessario porre in rilievo l'importanza di questa decisione per la conoscenza all'Estero della nostra coltura scientifica e per la valorizzazione delle nostre Università che nulla hanno da invidiare a quelle straniere. Ove poi l'esperimento dia buoni risultati, esso verrà esteso alle altre Facoltà e nelle altre migliori Università italiane.

I posti disponibili intanto per il prossimo anno scolastico nell'Università di Roma, presso gli Istituti, sono i seguenti:

2 di Clinica Chirurgica; 2 di Clinica Medica; 2 di Clinica Ostetrica; 2 di Dermosifilopatica; 2 di Malattie nervose e mentali; 1 di Ortopedia; 2 di Patologia generale; 2 di Anatomia patologica; 1 di Fisiologia; 1 di Medicina legale.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda al Preside della Facoltà Medica di Roma, accompagnandola con certificato di laurea e col parere favorevole del Preside della Facoltà presso la quale si sono laureati.

I medici esteri sono ammmessi anche ai numerosi corsi di perfezionamento della Facoltà medica di Roma.

La domanda e i documenti inerenti potranno anche essere inviati alla *Lega Italiana per la tutela degli interessi nazionali* - Roma, Corso Umberto I, n. 101, che si incaricherà gratuitamente delle pratiche relative e fornirà agli interessati tutte quelle ulteriori informazioni che essi possano desiderare.

Per i tubercolotici di guerra.

L'on. Bussi ha interrogato il ministro del Tesoro e il presidente del Consiglio sulla definitiva sistemazione dei servizi sanitari e delle pensioni per i tubercolotici di guerra.

Per le Terme di Salsomaggiore.

L'on. Bussi ha interrogato il ministro delle Finanze sui prezzi proibitivi adottati dall'azienda statale delle Terme di Salsomaggiore.

La festa del fiore a Catania.

Si è svolta il 4 giugno, giorno dello Statuto, per iniziativa del dott. La Rosa, ufficiale sanitario di Caltagirone: circa 150 tra studentesse e studenti vendettero grandi quantità di fiori freschi, pervenuti generosamente al Comitato dalle ville signorili della città; la sera i goliardi dettero una rappresentazione di beneficenza al Teatro Massimo, interpretando «Scampolo», di Niccodemi; la festa ha fruttato L. 16,000 circa.

Il 19 maggio è morto, a quasi 80 anni, HEINRICH JRENAEUS QUINCKE.

Era nato a Francoforte sull'Oder il 26 agosto 1842, da un medico. Contava 31 anni appena quando fu nominato ordinario di clinica medica all'Università cantonale di Berna, donde passò a Kiel; quivi rimase fino al 1908, anno in cui lasciò l'insegnamento. Trasferitosi a Francoforte sul Meno, ultimamente vi fu nominato professore onorario presso la nuova Università da poco istituitavi.

Di coltura vastissima, dominava tutti i campi della medicina e delle scienze naturali. Fu Quincke uno dei primi a lumeggiare la clinica con l'esperimento ed a chiedere il concorso della chimica, della fisica, della microscopia, della batteriologia, tutte discipline in cui egli divenne peritissimo. A questa associazione della clinica col lavoro di laboratorio egli dovette alcuni dei suoi migliori successi.

È così che, studiando il destino dei granuli di cinabro introdotti nel liquido cerebro-spinale, egli pensò di applicare la puntura lombare; e dopo alcuni esperimenti sul cadavere, se ne valse per la cura dell'idrocefalo e poi per la cura delle meningiti e in questo modo ne scoprì anche il valore diagnostico.

Riconobbe per primo l'ematogenesi di alcuni itteri, ai quali dette il nome di inogeni; ai nostri giorni, in cui il problema degli itteri appassiona tanto, sorprende di trovare già in Quincke idee oltremodo precise. Le sue lucide concezioni sulle malattie epatiche sono consegnate in una sezione del trattato di Nothuagel.

Notissimo è il morbo di Quincke o edema angioneurotico circoscritto. Nel campo neurologico dobbiamo a Quincke anche la scoperta della meningite sierosa, lo studio delle emiplegie puerperali, ecc., ecc.

In un'epoca in cui nessun chirurgo osava di aprire il torace, egli insegnò ad aggredire i focolai ascessuali e gangrenosi del polmone e sottopose ad intervento operativo anche alcune tubercolosi e bronchiectasie. La sua esperienza ed i suoi successi in questo campo sono raccolti in un'opera, pubblicata insieme a Garrè. In riconoscimento delle benemerenze così acquistate, la Società tedesca di chirurgia lo nominava socio onorario.

Tra gli altri lavori del Quincke, vogliamo ancora ricordare quelli relativi ai cambiamenti della secrezione urinaria durante le 24 ore: essi hanno portato ad uno dei metodi più semplici e sicuri per la diagnosi di nefrite.

Sarebbe troppo lungo analizzare la copiosa produzione di questo grande medico, il quale lascia oltre 200 pubbblicazioni, tutte di valore.

Ci limitiamo a ricordare ancora alcuni trovati terapeutici: il compressore toracico contro le emottisi, la posizione a testa declive nei ristagni di secreto bronchiale, numerosi apparecchi di termo-, idro- e fototerapia, ecc., ecc. Ideò persino una doccia anale, che forse è destinata ad abolire il poco pulito *bidet* inglese... Quando il salasso era caduto in pieno discredito, egli continuò a farlo praticare in casi di scompenso cardiaco, di uremia, ecc. Praticava anche volentieri le infusioni e iniezioni endovenose.

Prese parte attiva alla vita dei Congressi; poche settimane prima di morire intervenne ancora a quello di Wiesbaden. Fu un maestro in grande stile. Concentrò la sua attività nella clinica; pochissimo esercitò la consulenza. Fu uno dei maggiori clinici di tutti i tempi.

a. p.

Il 19 maggio, in seguito a broncopolmonite, sopraggiunta dopo grave operazione subita felicemente, si è spento in Bologna, a 63 anni, il dottor LUIGI BENINI. Fu per 32 anni medico condotto ed ufficiale sanitario della natia Modigliana, dove esercitò la professione con vero spirito di abnegazione e di sacrificio.

Uomo franco e leale, cittadino modello, ebbe il culto della famiglia.

Colpito da ciste d'echinococco al fegato, prima di allontanarsi, quasi presentendo la sua fine, volle salutare personalmente ciascuno dei suoi condottati, gli amici ed i colleghi e non è a dire quanti coloni, ai quali egli strinse la mano per l'ultima volta, lo salutassero commossi.

Al figlio medico, alla consorte e alle figlie desolate giunga, da queste colonne, il sincero tributo di cordoglio dei colleghi che lo conobbero e del sottoscritto che lo ebbe particolarmente amico.

Dott. RICCARDO CARNELLI.

È morto ad Intra, ove da molti anni risiedeva, il distinto collega dott. PIETRO GEROSA.

Il Gerosa si era dato con passione agli studi sulla tubercolosi, facendo volgarizzare le cure sanatoriali fin dai primi passi di questo indirizzo terapeutico, con risultati che gli diedero fama larghissima molto al di là della regione ove risiedeva. Disinteressato quanto modesto e pur convinto della importanza preminente dell'indirizzo igienico, e dotato di singolare potenza persuasiva, mantenne ad altissimo livello il prestigio dell'ufficio nostro, esempio da ricordare e seguire in epoca in cui l'affarismo minaccia la reputazione anche della classe medica.

Lascia tutto il suo patrimonio all'Ospedale di Intra.

T. CAVAZZANI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deutsche Med. Wochens., 21 apr. — F. MÜLLER. Il problema del ricambio dello zolfo.

Endocrinologia, 1. — G. VIOLA. La costituzione nel suo moderno significato. — L. GOLDSTEIN. Le malattie mentali in rapporto alla patologia dell'apparecchio endocrino-simpatico. — M. PARTON. Contenuto in ferro del sangue di animali stiroidati.

La Coltura Med. Moderna, 10-25 gen. — G. PARLAVECCHIO. Le anastomosi laterali asettiche praticate col «coproemostatico». — N. BARBARO. La pressione del sangue nelle nefriti.

La Presse Médicale, 22 apr. — F. WIDAL, P. ABRAMI e E. JOLTRAIN. Anafilassi verso l'ipecacuana.

Mediz. Klinik, 23 apr. — J. PAL. Stati di crampi dello stomaco e dell'intestino. — F. FRANKE. Trattamento della paralisi agitante.

Münch. Mediz. Wochens., 21 apr. — K. BÜRKER. La velocità di deposizione degli eritrociti quale mezzo diagnostico. — J. E. KAYSER-PETERSEN e E. SCHWAB. Malattie renali post-anginose.

Journ. des Praticiens, 22 apr. — R. BENON. Sifilide e patologia mentale.

The Lancet, 22 apr. — A. FEILING. Interpretazione dei sintomi nelle malattie del sistema nervoso centrale. — H. H. DALE. Confronto tra salvarsan di varie provenienze.

Difesa Sociale, 2. — E. PESTALOZZA. Per una maggiore estensione dell'assistenza ostetrica. — U. GIUSTI. Lo sbilancio umano prodotto dalla guerra ed i nuovi possibili compensi.

La Pediatr., 1° mag. — M. MISASI e G. AIELLO. «Crisi emoclasica di Widal» nella patologia infantile. — S. DE STEFANO. Etiopatogenesi delle anemie spleniche infantili.

Liguria Med., 1° feb. — F. SANSEVERO. Esostosi osteogenetiche da crescenza.

Medical Record, 22 apr. — M. J. SITTENFIELD. Critica della moderna roentgenterapia del cancro.

Riforma Med., 17 apr. — C. GUARINI. Il metodo Ghilarducci per la utilizzazione dei raggi secondari in roentgenterapia.

Medizin. Klinik, 30 apr. — E. BRUGSCH. La questione della gotta. — F. JACOBSON e E. SKLARZ. Le azioni dannose del salvarsan.

Brazil-Medico, 1° apr. — R. DE SOUZA LOPES. Il problema terapeutico dell'epilessia.

Münch. Mediz. Wochens., 28 apr. — A. v. BEUST. Fototerapia del tetano. — FUCHS. Sul trattamento abortivo della blenorragia. — CRÄMER. Sul trattamento dell'ulcera gastrica e duodenale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 23 apr. — M. GELERA. Influenza della luce artificiale sulla costituzione morfologica del sangue.

Journal Am. Med. Assoc., 22 apr. — A. F. HESS. Nuovi aspetti del problema del rachitismo. — C. G. GRULEE. Il pilorospasmo nell'infanzia. — H. L. DWYER. Purpura fulminans. — G. B. ROTH. Deteriorazione della neo-arsfenamina.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 apr. — P. MAURIAC. Trattamento della tubercolosi polmonare con l'irradiazione della milza.

ARCHIVI.

Revue Neurolog., feb. — BARD. Le azioni d'arresto: kinesie negative e inibizioni.

Folia Gynaecologica, 3. — P. SFAMENI. La risoluzione funzionale utero-ovarica. — A. FOMERO. Il metodo aspettante nei bacini viziati. — C. DECIO. L'emoclasia digestiva in gravidanza.

Annali Ital. di Chir., gen. — G. PASCALE. Lo indirizzo nello studio della clinica. — R. ALESSANDRI. Alcuni dati sulle ulcere mesogastriche.

The Journ. Nerv. a Ment. Diseases, mar. — A. GORDON. Emiplegia cerebrale progressiva. — T. RAPHAEL e S. GREGG. Paralisi progressiva giovanile associata con ipopituitarismo e tendenza simpaticotonica.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 10 Luglio 1922 — Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CAMPIGLIA MARITTIMA
diretto dal prof. O. FINZI.

Ptosi splenica e sindrome occlusiva intestinale.

Dott. PIETRO PACCHINI, assistente.

L'occlusione intestinale prodotta da milza migrante non è un accidentalità molto frequente. Infatti nei trattati di chirurgia tra le svariate cause che possono dar luogo a occlusione intestinale la milza mobile o migrante tal volta non è nemmeno ricordata o vi si accenna appena come ad una eventualità molto rara. Il Bergmann dice brevemente che in seguito a milza migrante « di raro si verificano disturbi gravi dal lato del canale intestinale ». Il Tansini afferma genericamente che « il rene, la milza, l'utero possono comprimere tanto l'intestino da essere causa di occlusione ». Il Koenig riferisce che « in rari casi in seguito alla distensione del ventricolo, esercitata dal legamento gastro-lienale stirato dalla milza ectopica, si è osservata anche la morte per gangrena del fondo ceco dello stomaco ». Nel trattato di Le Dentu e Delbet si legge brevemente che « in qualche raro caso di milza mobile si nota occlusione intestinale per aderenze o per strangolamento di un'ansa intestinale sotto il legamento gastro-splenico fortemente teso ».

Se poi guardiamo le principali classificazioni dell'ileo quali quelle proposte dal Lejars, dallo Scklange, dal Peyrot, dal Tavel si vede che solo in quella proposta da questo ultimo si distingue un ileo meccanico in seguito a compressione per organi dislocati tra i quali è ricordata anche la milza.

Credo quindi non inutile riferire ed illustrare brevemente un caso di ptosi splenica osservato e curato durante lo scorso anno in questo Ospedale, ptosi splenica nella quale comparvero frequentemente accessi dolorosi accompagnati da gravi fatti addominali sino alla chiusura sua pure temporanea dell'alvo e che fu curato con la splenectomia.

STORIA CLINICA.

G. Francesca nei B., di anni 56, da Campiglia.

Entra in ospedale il 30 gennaio 1920. Padre morto in seguito a trauma; madre morta a 73 anni di malattia imprecisabile; una sorella morta di tubercolosi polmonare; un fratello di tubercolosi intestinale; un altro di emorragia cerebrale. Non fu mai malata. Prima mestruazione a 15 a., menopausa a 43. Ha avuto 11 gravidanze delle quali le prime dieci seguite da parti e puerperi normali e l'ultima esitata in aborto. Dei 10 nati 7 sono morti in tenera età, 3 sono vivi ed uno di questi è ne-

fritico. Da 10 anni va soggetta ad attacchi dolorosi della metà sinistra dell'addome, seguiti da enorme tumefazione dello stomaco, indi di tutto il ventre per cui l'ammalata si sente obbligata a sciogliersi improvvisamente le vesti ed è presa da frequenti eruttazioni, indi da vomito. I fenomeni persistono più o meno a lungo, aggravandosi, sino a che l'ammalata riesce ad emettere gas dall'ano il che è causa di immediato benessere. Il vomito non è stato mai biliare.

Il 6 gennaio scorso ha avuto il solito disturbo, ma più grave, con chiusura completa dell'alvo per oltre 24 ore e vomito ripetuto. L'attacco è scomparso al solito con emissione di gas dall'ano. Il 29 gennaio si ripete il dolore, si ripresenta la chiusura dell'alvo, eruttazioni e vomito. Il 30 mattina persistendo lo stato di occlusione viene inviata al nostro Ospedale.

Esame obbiettivo. — Donna di robusta costituzione fisica. Colorito della cute pallido, mucose roseo-pallide. Adipe sufficiente. Muscoli tonici. Nulla all'apparato ghiandolare linfatico superficiale. Polso ad onda piccola, quasi filiforme, frequentissimo (140 pulsaz. al m'). Respiro dispnoico, a tipo eminentemente toracico (42 respir. al m'). Niente altro a carico degli apparecchi circolatorio e respiratorio. Apparecchio digerente: lingua impaniata ed arida; alito fetido; conati di vomito; qualche colpo di singhiozzo. Addome fortemente meteorico con scomparsa dell'ottusità splenica ed epatica, ovunque dolorabile anche ad una limitata palpazione. Dato l'imponente meteorismo non è possibile eseguire una palpazione proficua ed orientarsi sul luogo della lesione.

Prima di addivenire ad un intervento chirurgico si immette nel retto un lungo e grosso tubo di gomma, dal quale dopo alcune ore cominciano a fuoriuscire i gas dell'intestino. A poco a poco nello spazio di circa 24 ore l'addome si detumefà ed il 3 febbraio, data l'assenza di fenomeni di un qualche rilievo, viene somministrato un purgante oleoso

Esame obbiettivo del 5 febbraio 1920. — Il ventre è detumefatto. La metà sinistra è lievemente sollevata rispetto alla metà destra. Internamente alla S.I.A.S. sinistra si palpa un tumore grosso più di un pugno, allungato, duro, leggermente mobile in senso laterale, non in senso verticale. Soprastantemente a questo, ma facente con questo corpo, si palpa un'altra tumefazione a guisa di cordone che si porta verso l'arco costale. Insufflando il colon la parte inferiore della tumefazione tende a scomparire. Con la percussione si ha una risuonanza ottuso-timpanica, mentre prima dell'insufflazione era tipicamente ottusa.

Scomparsi i fenomeni occlusivi l'ammalata viene inviata per un esame radioscopico. Il radiologo emette il dubbio che si tratti di un rene mobile. L'a. rientra in ospedale il 2 marzo 1920.

Riesaminatala il 10 marzo 1920, dopo numerosi purganti e dopo un periodo di dieta si nota: addome spianato leggermente sollevato a sinistra; all'ipogastrio (metà sinistra) si apprezza un tumore a pareti liscie, mobile, che sospinto va verso l'ipocondrio. Per la prima volta il tumore per la sua forma, per la sua consistenza, per la sua mobilità e per la regione ove viene condotto dà la sensazione di essere la milza.

Diagnosi. — Ptosi splenica con fatti di occlusione intestinale.

Operazione (Prof. Finzi) 13 marzo 1920. — Morfioeteronarcosi. Laparotomia pararettale destra. Si trova la milza nella sua regione anatomica, afferratala si può portare facilmente in basso fin quasi al pube; ha una forma globosa, ma il suo volume è pressochè normale. Sul suo lungo peduncolo esistono strie splendenti, cicatriziali. Si esegue con facilità la splenectomia dopo legatura frazionata per trasfissione del peduncolo stesso. Sutura delle pareti in quadruplice strato.

Diario. — Non si è verificato nessun fenomeno immediato a carico dell'apparecchio circolatorio. Dopo 10 giorni vengono tolti i punti ottenendo una guarigione per prima intenzione. in 15ª giornata, quando l'operata doveva alzarsi dal letto è colta da una flebite all'arto inferiore sinistro che con cure locali è andata lentamente risolvendosi e l'a. è uscita guarita il 2 maggio 1920.

L'organo asportato pesa grammi 150, la sua lunghezza e di cm. 11; la larghezza di cm 7; lo spessore di cm. 4. L'esame istologico non fa rilevare nessuna speciale lesione.

Dice il Bergmann nel suo trattato di chirurgia che « quando l'organo (milza) lascia la sua sede normale e prende nell'addome un posto che non gli spetta si parla di milza migrante ».

È questo proprio il caso nostro in cui non si aveva una milza spostata, fissa per aderenze formatesi nella nuova sede, ma una vera milza mobile, poichè l'organo trovavasi all'ipogastrio, ma poteva essere ricondotto con acconcie manovre verso l'ipocondrio sinistro. Il Bergmann, il Koenig e molti altri autori parlando della eziologia di questa affezione sono tutti concordi nel riconoscere che la si trova molto più frequentemente nelle donne che negli uomini (il Leube, il Vierordt ed altri affermano anzi che fin'ora la milza migrante è stata osservata esclusivamente nel sesso femminile) e tutti ammettono che la gravidanza va specialmente considerata come un agente eziologico importante di questa malattia. Anche altre cause sono state invocate quali la rilassatezza congenita dei legamenti propri (gastrosplenico), frenico-splenico e frenico-colico) della milza; l'ingrossamento dell'organo e il suo aumentato peso per ipertrofia malarica; la leucemia; i tumori; i traumi; gli sforzi; le cadute. Per il Mori i tumori di milza, gli sforzi, i traumi, ecc. non sarebbero che momenti occasionali, capaci di accentuare o di meglio mettere in evidenza uno spostamento già esistente, dovuto a cause embriogeniche ed evolutive. Tutti gli svariati momenti etiologici ac-

cennati sono stati così raggruppati nel trattato di chirurgia di Le Dentu et Delbet:

1° le relâchement de la paroi abdominale, conséquence fâcheuse des grossesses répétées;

2° l'augmentation de volume de la rate, dont le poids plus considérable tire davantage sur l'appareil de suspension de l'organe;

3° l'allongement congénital ou acquis (rupteres) des ligaments.

Nel caso di nostra osservazione, che si differenza dagli altri casi di occlusione intestinale provocata da ptosi splenica (Nannotti; Mori; ecc.) per la non esistenza di un ingrossamento dell'organo il quale anzi era di volume inferiore alla norma, non possiamo invocare che le ripetute gravidanze e l'allungamento dei mezzi di sospensione: che questo allungamento poi fosse congenito od acquisito non ci è possibile precisare. È probabile che esistesse o un abnorme sviluppo congenito dei mezzi legamentosi o una congenita tendenza alla loro rilassatezza, non potendosi invocare altri momenti etiologici (traumatismi, aumenti di volume dell'organo, ecc), giacchè nell'anamnesi accuratissima non si è potuto mettere in evidenza alcun fatto traumatico e la milza estirpata, *istologicamente normale*, era dl un volume e di un peso anche inferiori alla norma per i probabili fenomeni fisiologici involutivi conseguenti all'età dell'inferma.

In ogni modo o abbia agito soltanto il primo di questi momenti etiologici o abbiano ambedue contribuito a determinare la migrazione dell'organo resta immutato il fatto che questa milza da oltre 10 anni godeva di una notevole mobilità in conseguenza della quale si erano ripetutamente verificati i gravi fatti addominali descritti.

Fissato questo punto noi dobbiamo altresì domandarci come questi fatti di occlusione temporanea venivano a stabilirsi e quale ne era il meccanismo. Si potrebbe pensare che questo organo estremamente mobile, quasi vagante per la grande cavità addominale lasciasse ogni tanto la sua sede naturale per andare ad appoggiarsi contro una qualunque ansa intestinale, a comprimerla col suo peso producendo così i fenomeni occlusivi, ma tale spiegazione che si presenta come la più semplice non ci sembra possa essere nel caso nostro abbastanza soddisfacente. Anzi l'ipotrofia del viscere che aveva un volume ed un peso minori del normale ci portano ad escluderla. Nemmeno si può pensare ad aderenze della milza o di uno dei suoi legamenti con qualche ansa intestinale poichè tali aderenze non esistevano e il viscere era anzi mobilissimo. Esistevano è vero sul peduncolo, e sono state notate, delle strie splendenti, cicatriziali, ma queste devono piuttosto attribuirsi a lievi fenomeni infiammatori locali conseguenti a probabili fatti di parziale torsione che possono essersi verificati nei movimenti migratori dell'organo.

Afferma il Marinacci in un suo recente lavoro sull'*Occlusione intestinale* che « lo stomaco dilatato acutamente determina lo scivolamento del tenue nel piccolo bacino ed una compressione del duodeno da parte del mesentere e che si forma così un'occlusione acuta duodeno-digiunale ». Il Marinacci parla in genere di stomaco dilatato acutamente senza precisarne le cause, più avanti però afferma che « una milza migrante può produrre disturbi a carico dello stomaco che simulano una occlusione intestinale ». *Noi pensiamo che nel nostro caso la milza migrando esercitasse per mezzo del legamento gastro-splenico sul fondo ceco dello stomaco e più precisamente sulla sua faccia postero-inferiore, una trazione tale da cagionare un'angolatura nella porzione iniziale del duodeno, angolatura o occlusiva di per sè stessa, o determinante una dilatazione più o meno acuta dello stomaco la quale avrebbe poi agito col meccanismo riferito dal Marinacci.* Infatti dalla storia clinica abbiamo visto che ogni attacco occlusivo si iniziava con enorme gonfiore dello stomaco seguito da eruttazioni e da vomito; questa iniziale prevalenza dei fenomeni gastrici ci fa ritenere che la causa più probabile del determinarsi dell'ileo debba appunto ricercarsi nello stiramento subito dallo stomaco.

Superflua ci sembra una lunga discussione sull'opportunità o meno della splenectomia.

Le varie statistiche di splenectomie per milzo mobile senza torsione del peduncolo raccolte da diversi autori dànno tutte una percentuale di mortalità piuttosto bassa che secondo Hagen del 7,1 %, secondo Stierlin del 6,5 %.

Inoltre per unanime consenso degli autori l'asportazione della milza non è causa mai di gravi disturbi e si hanno al massimo delle alterazioni ematologiche che vanno sempre gradualmente scomparendo (Silvestrini, Ceci). Infine nel nostro caso si trattava di una milza ipotrofica e che era stata causa di così gravi e reiterati fenomeni che l'estirpazione di essa appariva l'unica logica terapia.

L'operata infatti, pur essendo di età avanzata, non ha più avuto il minimo disturbo e attende tuttora alle gravi fatiche della campagna.

Dicembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN. *Trattato di chirurgia pratica.*
KOENIG. *Trattato di chirurgia speciale.*
LE DENTU ET DELBET. *Nouveau traité de chirurgie.*
TANZINI. *Trattato italiano di chirurgia.*
LEUBE. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.*
VIERORDT. *Diagnosi delle malattie interne.*
CECI. *Splenectomie.* Policlinico, 1894.
NANNOTTI. *Contributo allo studio delle indicazioni della splenectomia nella splenomegalia malarica.* Policlinico, 1897.
MORI. *Occlusione intestinale per milza mobile.* Riforma Medica, 1901.
BALDUZZI. *L'ileo.* La Clinica Chirurgica, 1919.
MARINACCI. *Occlusione intestinale.* Roma, L'Universelle, 1920.
MAROGNA. *Le stenosi dell'intestino e loro trattamento chirurgico.* Pisa, Folchetto, 1920.
SILVESTRINI. *Ricerche sperimentali sulle modificazioni del tessuto epatico in seguito alla asportazione della milza.* Archivio Italiano di Chirurgia, 1920.

Contributo allo studio e alla casistica delle ernie diverticolari e parietali e loro strozzamento.

Dott. GIUSEPPE MORICI
Direttore Ospedale Civile di Monterubbiano (Ascoli Piceno).

Scopo di queste brevi note è di portare un modesto contributo alla casistica delle ernie diverticolari e parietali e richiamare l'attenzione del pratico sul loro strozzamento che, avendo una fisonomia clinica tutta particolare e diversa dallo strozzamento delle altre ernie, può spesso passare irriconosciuto e dar luogo ad errori diagnostici fatali, o generare dubbi dannosi per il ritardo dell'esplicazione dei mezzi terapeutici adeguati.

D'altro canto non tutti i trattati anche recenti fanno cenno dello strozzamento di questa varietà di ernie, e anche quelli che ne fanno, ne trattano in maniera assai succinta e inadeguata all'importanza dell'argomento che meriterebbe, a mio parere, ben altra attenzione, dato che i casi (specialmente di ernia parietale) non credo siano così rari come ordinariamente si ritiene.

I due casi che ora descriverò, caduti sotto la mia osservazione in un anno appena, starebbero a dimostrare la verità di quanto asserisco.

Poichè la conoscenza e lo studio di queste ernie si iniziò dopo che il Littre ebbe pubblicato un caso di ernia diverticolare come reperto di necroscopia, quasi tutti i trattatisti danno ad esse la denominazione di ernie del Littre confondendo sotto questa denominazione ernie il cui contenuto è dato da piccole parti della parete intestinale, ed ernie il cui contenuto è dato da diverticoli intestinali (Kaufmann, Forgue) siano essi congeniti (diverticoli di Meckel) o acquisiti (diverticoli veri o falsi).

Il Reiter stesso, competentissimo in materia, comprende sotto questo nome anche le piccole ernie della parete gastrica lungo la linea alba.

Ora è bene notare che l'ernia descritta dal Littre fin dal 1700 era una vera ernia diverticolare, e ciò può desumersi dalle stesse sue parole. « J'ouvris le 30 juin 1699 le cadavre d'un homme... avec une hernie à l'aine gauche... Parcourant les intestins grêlés... parvenu vers la fin de l'iléon, je m'aperçu qu'il était arrêté par une de ses parties dans le sac de la hernie... La circonférence entière de l'intestin ne formait pas cette hernie comme il arrive ordinairement, mais seulement la partie opposée à celle qu'est attachée immédiatement au mésentère...

« L'appendice était un canal membraneux de figure conique dont la base était placée à son extrémitî inférieure; il était long... etc.

« Les parois de cette appendice étaient très minces, et on n'y remarquait ni fibres charneuses, ni glandes ». Questa ernia è cosa patogeneticamente ed anatomicamente diversa dall'ernia della parete intestinale. Quindi per amor di chiarezza credo che dal Littre potrebbero nominarsi le ernie che contengono diverticoli, siano essi congeniti od acquisiti, mentre dovrebbe darsi il nome di parietali (*Darmwandbruch* dei tedeschi) a quelle contenenti una piccola parte della parete intestinale che tutt'al più divengono in apparenza diverticolari quando sono colpite da strozzamento.

Praticamente la distinzione non può certo essere così netta come potrebbe sembrare, tanto è vero che l'argomento fu lungamente discusso dopo le prime osservazioni di ernie parietali. Ed infatti molti autorevoli trattatisti, come il Roser e il Koenig, negarono l'esistenza di ernie da parete intestinale, o ernie parietali, o ernie da pizzicamento (*pincement* dei francesi) dell'intestino, che ad un dato momento potessero subire uno strozzamento acuto, e la parte strozzata divenisse di necessità una specie di piccolo diverticolo; essi ritennero che lo strozzamento di un'ernia parietale fosse concepibile solo quando la parete intestinale fosse stata in precedenza sede di una espansione sacciforme, sia pure avvenuta a poco a poco invaginandosi in un sacco erniario, fino a formare un vero diverticolo acquisito.

Contro queste vedute starebbero però le osservazioni di molti chirurgi e di anatomo-patologi per cui è innegabile l'esistenza di ernie parietali sia libere che strozzate senza bisogno di preformazione di veri diverticoli, anzi Adolfo Lorenz, sulla scorta di protocolli di autopsie di polizia sanitaria, ritenne perfino possibile il manifestarsi contemporaneo e in maniera acuta di un'ernia parietale e suo strozzamento.

Senza dilungarmi nell'esposizione di argomenti in merito alla controversia, che fu oggetto anche di ricerche sperimentali da parte del Kocher, a me sembra che sia possibile l'esistenza di un'ernia parietale la quale evidentemente non può cadere sotto l'osservazione del chirurgo o dell'anatomo-patologo che allo stato di irriducibilità per strozzamento, aderenza, od altro accidente, e che da essa debba tenersi distinta l'ernia diverticolare o del Littre, contenga essa un diverticolo di Meckel o altro diverticolo intestinale.

Ambedue queste varietà però hanno comune l'oscurità e l'incertezza dei sintomi del loro strozzamento e la rapidità con cui si stabilisce la necrosi delle parti strozzate, il che le rende particolarmente insidiose e temibili. Su questo fatto tutti gli autori sono d'accordo ed ambedue i miei casi sono particolarmente dimostrativi.

Nel primo, capitato alla mia osservazione in epoca già avanzata della sua evoluzione, quando cioè da qualche tempo s'era stabilita una fistola stercoracea, non saprei se si trattasse in origine di un'ernia diverticolare o parietale strozzata, certo di una delle due varietà.

Nel secondo trattavasi invece di un diverticolo del colon strozzato in un'ernia inguinale, quindi di una vera ernia diverticolare o del Littre, interessante anche per la rarità con cui si presenta.

CASO I. — L. F., di Massa Fermana, di circa anni 50, casalinga.

Nel luglio 1920 venne ricoverata all'Ospedale di Montegiorgio per esere curata di fistola stercoracea della regione inguino-addominale destra.

La paziente non sa dire se prima dei disturbi cui fece seguito la lesione in parola, fosse affetta da ernia o da altra lesione della regione. Anzi ella afferma che prima della malattia attuale non ha sofferto per malattie o disturbi degni di nota.

Negativa anche l'anamnesi famigliare.

Nel maggio 1920 una sera fu colta da forti dolori addominali e vomito; i dolori erano più intensi e partivano dall'inguine destro dove si era manifestata una piccola tumefazione dolente. Dopo qualche tempo in seguito a clistere e con esacerbazione del dolore emise feci e gas senza che la tumefazione all'inguine subisse variazioni di sorta.

I dolori addominali continuarono con esacerbazioni accessionali per qualche giorno fino a che si attutirono; continuò ad emettere spontaneamente feci ed orine; la tumefazione invece si fece sempre più grossa, cominciò ad arrossarsi e contemporaneamente a divenir meno dolente.

Crede di aver avuto febbre.

Le cose continuarono così per circa sei-otto giorni (non sa precisare) quando la tumefazione su cui aveva fatto applicazione di cataplasmi, ecc., si aprì spontaneamente dando esito a materie purulente e di cattivo odore. Dolori e fatti locali scomparvero, rimase però l'apertura da cui hanno continuato sempre a gemere sotanze verdastre e per la quale ha dovuto ricorrere all'opera del chirurgo.

Attualmente non ha disturbi apprezzabili; tutte le funzioni si compiono normalmente, è solo infastidita e preoccupata per gli incomodi inerenti alla fistola.

All'esame obbiettivo si presenta di costituzione normale; stato di nutrizione un po' scaduto, polso, temperatura, respiro normali. Nulla di notevole all'apparato respiratorio, cardiovascolare, urogenitale. Urine normali.

All'inguine destro si nota una soluzione di continuo che non immette neanche il polpastrello del piccolo dito, margini imbutiformi rivestiti di epitelio, arrossati, eritematosi. Introducendo una sonda rigida si penetra in un tramite diretto verso la cavità addominale, un poco verso l'alto e verso l'esterno per circa 7-8 cm., dopo di che la sonda incontra ostacolo. Con una sonda molle invece si penetra per circa 30 cm. senza incontrare ostacoli di sorta, e la sonda si ritrae sporca di materie pressochè inodori.

Dall'apertura geme in abbondanza un liquido verdastro filante non di odore sgradevole che dà positive e intense le reazioni degli acidi e pigmenti biliari; non materie fecali o cibi in via di digestione.

Non si fanno altre ricerche poichè la diagnosi di fistola intestinale del tenue è chiara.

Dopo un tentativo infruttuoso di raschiamento e causticazione del tramite per ottenerne la chiusura si decide l'intervento per via addominale.

Atto operatorio. — Opera il dott. Faldella, assistito da me. Rachianestesia stovainica.

Incisione laparotomica lungo il margine esterno del retto destro. Aperto il peritoneo appaiono subito le anse del tenue un poco rigonfie ed arrossate che scostate lasciano vedere come una di esse sia aderente alla parete addominale in corrispondenza della fossetta inguinale esterna (orificio peritoneale del tragitto inguinale). Isolato il campo si passa al distacco dell'ansa che viene tirata fuori, ed allora può osservarsi: Che la superficie di aderenza, e quindi la lesione di continuo che ne risulta, è di forma grossolanamente circolare. L'apertura misura nel suo massimo sieroso circa due centimetri e mezzo di diametro e va stringendosi verso la mucosa come a forma di imbuto; è situata esattamente sulla convessità del tubo intestinale dirimpetto all'inserzione del mesenterio, circa un metro al di sopra del-

la valvola ileo-cecale. Nè al di sopra, nè al di sotto il tubo intestinale presenta variazioni di calibro o segni di altre lesioni.

L'operazione termina con l'enterorrafia circolare, chiusura con sutura del peritoneo parietale nel punto di comunicazione col tramite fistoloso, chiusura dell'addome.

Decorso post-operatorio normale, guarigione *per primam.*

Per le indagini anamnestiche, per il reperto anatomico non cade dubbio che in questo caso causa della fistola intestinale debba essere stato lo strozzamento di un'ernia diverticolare (ubicazione del punto di adesione corrispondente all'ubicazione del diverticolo di Meckel) o quanto meno di un'ernia parietale.

CASO II. — M. F., di anni 63, lavandaia, di Monterubbiano.

In un pomerigio del maggio 1921 fui chiamato al letto della M., che da tre giorni accusava un forte dolore all'inguine sinistro irradiantesi per tutto l'addome in seguito al quale era comparsa febbre.

La paziente afferma che da qualche tempo, che non sa precisare, ma certo da più di un anno, aveva avvertito una tumefazione all'inguine sinistro grande come una noce, soggetta a variazioni di volume, secondo lei, senza cause apprezzabili, mai completamente scomparsa neanche nel decubito supino. Non ha mai fatto attenzione se durante detto decubito la tumefazione si riducesse sensibilmente, mentre recisamente afferma che fu sede e causa di dolori simili agli attuali, i quali però erano sempre scomparsi dopo poche ore col riposo.

Ora da circa tre giorni era stata colta dai soliti dolori con vomito, chiusura dell'alvo tranne rare e piccole emissioni di gas, senso di ripienezza. Al contrario delle altre volte i dolori non erano scomparsi tanto che nelle ultime 24 ore era stata costretta a mettersi a letto, anche perchè colta da qualche brivido di febbre. Durante i tre giorni, nonostante si nutrisse regolarmente, aveva avuto qualche conato di vomito, solo all'inizio vomito vero.

Contemporaneamente a questi fatti aveva notato che la tumefazione all'inguine sinistro era aumentata un poco in volume e in durezza.

Obbiettivamente all'ispezione notasi una tumefazione di forma ovoidale, col grande asse secondo la piega dell'inguine e situata in massima parte al di sopra di questa; grossa quanto un uovo di gallina, di un colorito rossastro che si diffonde anche alla pelle circostante. Nella posizione eretta dell'inferma nè cresce di volume, nè si sposta.

Alla palpazione si ha conferma della grandezza di detta tumefazione, la quale per altro è leggermente spostabile, a superficie liscia a confini abbastanza definiti, nettamente fluttuante, irriducibile, di consistenza elastica, dolente al tatto, ottusa alla percussione.

Non è possibile esplorare il canale inguinale perchè occupato dalla tumefazione in parola e pel vivo dolore che si provoca ad ogni tentativo. Sotto i colpi di tosse non si riesce a percepire un manifesto impulso.

La donna è di costituzione normale, buono lo stato di nutrizione, polso 80, temperatura 37°.8, respiro normale. Nulla di notevole a carico della pelle, muscoli, ossa ed apparato ganglionare; nessun segno di *lues* pregressa o in atto; apparecchio respiratorio e cardiovascolare normali. Addome meteorico, ma trattabile, lingua patinosa ed umida, urinazione ed urine normali. Esiste una piccola ferita della pelle del calcagno sinistro, i genitali esterni sono sani.

Un clistere fatto alla paziente dà esito ad abbondanti masse fecali, cui fanno seguito due scariche spontanee alla distanza di circa un'ora, con evidente e sensibile gorgoglio intestinale, dopo di che scompare il meteorismo.

Da quanto ho esposto facilmente si comprende come non facile dovesse essere una diagnosi precisa, dato che l'ipotesi di uno strozzamento erniario veniva ad urtare (si noti, dopo tre giorni) coll'assenza di fatti generali e di soppresso circolo fecale. D'altro canto, e fatti anamnestici e fatti obbiettivi facevano escludere un'infiammazione acuta o cronica di un ganglio inguinale con successivo rammollimento. Fermai piuttosto l'attenzione sulla possibilità dell'infiammazione di una preesistente cisti da incompleta obliterazione del canale di Nuck ed edotto dal caso precedente anche alla possibilità di un'ernia parietale o diverticolare strozzata, o a qualche accidente di un sacco vuoto. In breve oscillando il concetto diagnostico fra una cisti infiammata ed un accidente erniario, consigliai la paziente ad un atto operatorio che eseguii nella sera stessa nel locale Ospedale.

Atto operatorio. — Etere-narcosi eseguita dal collega Bertolini di Petritoli. Incisa cautamente la pelle ed il sottocutaneo nella direzione della piega inguinale, si scopre l'aponeurosi del grande obliquo fino all'orificio esterno del tragitto inguinale dal quale s'affaccia appena la tumefazione descritta. Incisa l'aponeurosi dell'obliquo appare la massa della tumefazione di un color nero ardesiaco; è indaginoso il suo isolamento eseguito per via ottusa, date le aderenze specialmente contratte colle fibre carnose del piccolo obliquo e del trasverso; isolata, risulta connessa al piano peritoneale per un peduncolo largo circa un centimetro e mezzo. Incisa cautamente la tumefazione, che ormai non può esser più se non un sacco erniario, fuoriesce scarso liquido sanguinolento nerastro, e si trova contenere un corpo piriforme aderente alle pareti del sacco stesso per alcuni tratti, e fortemente stretto ed aderente al colletto del sacco per tutta la circonferenza, per cui risulta isolata e chiusa la cavità addominale. Evidentemente trattavasi di un diverticolo intestinale strozzato e in via di necrosi dato il suo colorito oscuro tendente al verdastro.

Non stimandosi nè necessaria nè prudente la sua riduzione o l'asportazione, tamponai la ferita con compresse imbevute di soluzione fisiologica sterile ed attesi, sorvegliando la operata. Questa nella notte ebbe ancora una evacuazione spontanea. Dopo 48 ore rimossi la medicatura che aveva già un certo odore fe-

caloide. Asportai i lembi del diverticolo in sfacelo, constatando che s'era necessariamente formata una fistola stercoracea dalla quale poteva bene immettersi una sonda molle nella cavità intestinale.

La fistola s'è poi chiusa in breve e con essa la ferita, tanto che la paziente gode ora buona salute.

Il diverticolo era piriforme lungo dal punto di suo strozzamento all'estremità libera 4 cm. circa, largo 3 cm. all'estremità, ed un centitro appena nel suo peduncolo strozzato. Aveva pareti spesse, per quanto potesse essere constatato col tatto; il che lascia supporre che sebbene ridotte dalla distensione tutte le tuniche dell'intestino entravano a far parte della sua parete.

Questa supposizione ebbe conferma dall'esame dei tratti asportati dopo le 48 ore; i quali sebbene colpiti da necrosi, lasciavano in alcuni punti riconoscere la loro costituzione e spessore. All'apice del diverticolo un poco di lato trovai un'appendice epiploica.

Sulla natura del diverticolo trovato penso si trattasse di un vero diverticolo del colon; e precisamente uno di quei diverticoli che possono formarsi in questa parte del crasso per dilatazione sacciforme degli *haustra coli*, determinata da coprostasi ed aderenze (Kaufmann-Birck-Hirschfeld); oppure di uno di quelli detti falsi che si formano per lenta e progressiva estroflessione della mucosa la quale può trascinare con sè le tuniche muscolari assottigliate attraverso i fori di uscita dei vasi (Kaufmann); sebbene data la descrizione che di questi ultimi diverticoli danno tutti gli autori come di piccole estroflessioni a pareti sottili, mi sembra poco probabile che nel mio caso possa essersi trattato di uno di essi.

Il fatto che dalla fistola intestinale non si sono avute che materie fecali, sebbene in minima quantità, ci fa escludere una comunicazione coll'ileo, e quindi di conseguenza anche l'ipotesi di un diverticolo di Meckel che per essere un diverticolo congenito, resto di incompleta obliterazione del dotto onfalo-mesenterico dell'embrione, di necessità sbocca nel tenue al di sopra della valvola ileo-cecale.

Queste ragioni adunque e la presenza di un'appendice epiploica portano di necessità ad ammettere che nel secondo caso descritto doveva trattarsi di un diverticolo del colon strozzato in un'ernia inguinale.

***

Mentre le ernie parietali sono di una certa frequenza, tanto che a quasi tutti i chirurgi se ne è presentato qualche caso, assai rare sono le ernie diverticolari.

Nella maggior parte delle osservazioni fatte il contenuto era poi dato dal diverticolo di Meckel.

Infatti scorrendo la letteratura in proposito, oltre le osservazioni del Littre troviamo una ventina di casi riportati in una statistica dell'Echehorn del 1901.

L'Hilgenreiner, Martel e Guichard hanno pure pubblicato casi di incarceramento del diverticolo di Meckel in ernie crurali.

Armstrong nel 1899 osservò e pubblicò un caso di un diverticolo strozzato in un'ernia scrotale, e Bardeleben riferisce anche un caso di strozzamento interno di un diverticolo di Meckel.

Il Preto nel 1897 riferì all'Ass. Medica Lombarda due osservazioni di ernie inguinali diverticolari, ed il Saggini ne pubblicò uno di strozzamento in ernia crurale nel 1898.

Il Mugnai poi riferì un caso di un diverticolo del colon strozzato in un'ernia crurale, e lo Scandola un altro caso di diverticolo di Meckel con incarceramento incompleto in una ernia inguino-scrotale.

Sono stati poi pubblicati anche rari casi di reperti necroscopici in individui morti per altre malattie o per ileo.

***

Dal complesso di queste pubblicazioni, come dai due casi da me riferiti, nettamente appare quanto ho in precedenza detto sull'eguaglianza della sintomatologia dello strozzamento delle due varietà di ernie e sulle difficoltà diagnostiche che il loro strozzamento nei singoli casi può presentare.

L'assenza dei sintomi generali dello strozzamento erniario, anche dopo qualche giorno dal suo avvento, l'assenza dei sintomi di occlusione, o per lo meno di ostacolato circolo fecale, sono fatti che possono mettere in serio dubbio una esatta diagnosi. A ciò si debbono aggiungere le difficoltà spesso derivanti, nella pratica comune, dall'incertezza in cui si può rimanere sulla preesistenza o meno di un'ernia allo stato libero. E ciò in quei pazienti che, o per difetto di intelligenza o per poca cura delle loro sofferenze (o perchè queste ernie sono piccole, e spesso per aderenze incompletamente riducibili), ignorano l'esistenza o la vera natura della loro lesione.

L'errore in questi casi può consistere sia nel diagnosticare uno strozzamento quando non esiste, sia nel non riconoscerlo quando realmente c'è.

Per non cadere nel primo errore è necessario tener presenti tutte le malattie della regione in cui la lesione si manifesta, ma in special modo le infiammazioni acute e subacute dei gangli linfatici, le cisti e loro infiammazioni, e, nell'uomo, gli accidenti (es. torsione spontanea) e malattie del testicolo e del funicolo.

Ma come ben si comprende, dal punto di vista pratico, è assai più grave il secondo errore, ad evitare il quale basta il conoscere l'esistenza di queste ernie e porne in discussione la diagnosi tutte le volte che un fatto anche minimo orienti il nostro sospetto su esse, e non uscire dal dubbio se non per una diagnosi di altra lesione matematicamente sicura.

La cura di questi strozzamenti erniari è quasi esclusivamente l'atto operatorio, poichè il *taxis* mentre è destinato all'insuccesso nel maggior numero dei casi, può d'altro canto riuscir pericoloso per l'aggravamento che in genere suole portare ai fatti necrotici e consecutive rotture, già spontaneamente tanto precoci in questo genere di ernie.

L'operazione va eseguita anche nei casi in cui qualche dubbio diagnostico possa rimanere, e dev'esser sempre fatta il più precocemente possibile: è meglio operare per un'ernia parietale o diverticolare strozzata un'altra lesione, di quello che lasciare una di esse alla spontanea e naturale evoluzione la quale nell'esito più favorevole può dar luogo ad una fistola stercoracea. Ma noi non abbiamo elementi e criteri clinici per giudicare a priori lo stabilirsi di una fistola, ossia di quelle condizioni necessarie acciò questa si stabilisca, senza pericoli per il paziente, mentre l'esperienza clinica ci apprende (Koenig, Forgue, Berdeleben, ecc.) che non sempre si formano le provvidenziali aderenze a chiudere ed isolare la cavità addominale, non sempre i fatti di necrosi restano limitati alla parte esterna al cingolo strozzante.

Sulla tecnica e sul genere di operazione da seguirsi nulla può esser detto da un punto di vista generale; è necessario che il chirurgo si regoli caso per caso dalle particolarità anatomiche e cliniche. Solo è da notare che mentre nei comuni strozzamenti la riduzione previo sbrigliamento dell'anello strozzante è la regola, nelle ernie in parola per quanto si è fino ad ora detto, diviene una eccezionale possibilità; quando poi non si tratti di ernie diverticolari, nelle quali ridurre lasciando il diverticolo, è quanto lasciare il paziente esposto, per la presenza del diverticolo stesso ad una serie di gravi accidenti sui quali il Fiedler fino dal 1868 ha richiamato l'attenzione (1).

Ordinariamente adunque l'operazione di queste ernie, quando la natura non fu benigna con provvidenziali e salde aderenze, deve finire con una resezione intestinale a meno che in questi casi non si voglia col Forgue ancora ritenere una buona operazione l'ano contro natura.

Contro questa operazione non starò a ripetere quanto hanno detto e scritto autorevolissimi chirurghi; a mio modesto parere, essa non dovrebbe essere anche in questi casi che l'estrema risorsa del chirurgo. Di qui la necessità che il pratico nell'accingersi ad operare una di queste ernie strozzate, o nel solo dubbio di imbattersi in una di esse, misuri bene le sue forze ed i mezzi di cui dispone.

(1) Il lavoro del Fiedler riportato nella bibliografia riguarda specialmente conseguenze ed accidenti dei diverticoli del colon. Per complicazioni ed accidenti degli altri diverticoli (specialmente quello di Meckel) basta consultare i trattati di anatomia patologica.

NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE.

AMSTRONG. Montreal med. Jour., 1899.

BARDELEBEN. *Trattato di patologia chirurgica.*

BARDELEBEN. Berl. Klin. Wochscr., 1885.

BIRCK-HIRSCHFELD. *Trattato di anatomia patologica.*

KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica speciale.*

KOENIG. *Trattato di chirurgia speciale.*

ECHEHORN. *Die Brüche des Meckelschen divertikels.* Arch. f. Klin. Chir., 1901, Bd. 64.

FIEDLER. *Die pathologische Bedeutung der Dichdarm. Divertikel Denkschr. der Ges. f. Natur und Heilkunde in Dresden*, 1868.

FORGUE. *Compendio di patologia chirurgica.*

HILGENREINER. Beitrage für Klin. Chir., 1903.

LITTRE. Mém. de l'Acad. des Sciences, 1700, pag. 300.

LORENZ. *Die Darmewandbrüche.* Vienna, 1883.

MORTEL e GUICHARD. Lyon Chirurg., 1911.

MUGNAI. *Ernie diverticolari ed ernie parietali.* Clinica chirurgica, 1898.

PRETO. *Contributo all'anatomia patologica ed alla statistica delle ernie inguinali non comuni.* Ass. Med. Lombarda, aprile 1897.

SAGGINI. *Un caso di ernia diverticolare crurale, ecc.* Policlinico, 1898.

SCANDOLA. *Contributo alla casistica delle ernie diverticolari e del Littre.* Policlinico (Sezione Chirurgica), 1915.

NOTE DI TECNICA.

Colorazione delle gocce spesse di sangue (thick-films) per la ricerca dei parassiti malarici.

II NOTA DI TECNICA MICROSCOPICA

per il dott. GUIDO BINI.

In una mia precedente nota pubblicata sul giornale «La Malariologia», 1920, n. 4-5-6, comunicavo un particolare di tecnica per la colorazione dei preparati di sangue in goccia spessa: parte fondamentale, alla quale attribuivo i buoni risultati ottenuti, era la doppia colorazione con due miscele coloranti. Il metodo era però un po' lungo.

Avendo letto di recente una pubblicazione di V. Schilling: «Anleitung zur Diagnose in dicken Bluttropfen», Jena, 1920, Gustav Fischer, ho voluto provare il metodo consigliato dall'autore.

Rinviando all'originale per i dettagli, dirò solo che esso si basa sopra la colorazione ed emolisi contemporanea mediante una soluzione acquosa di Giemsa (1 goccia di colore per ogni cc. di acqua distillata), colla quale ricopre successivamente il vetrino portaoggetti col sangue prima per 2-3 minuti, poi per 45 o per 30 minuti (adoperando una soluzione più concentrata). L'A. tedesco dà delle norme di tecnica che io ho seguito anche nella modificazione da me introdotta. Da notare che non adopera alcuna fissazione del sangue nè preliminare, nè durante il corso della colorazione.

Non sono rimasto molto soddisfatto del metodo di Schilling, sia per il lungo tempo necessario per ottenere la colorazione dei preparati, sia perchè le forme giovanili (anellini della terzana e dell'estivo-autunnale) non vengono colorate con molta nettezza e ciò io credo dipenda dalla lunga esposizione dei parassiti all'azione dell'acqua distillata della soluzione di Giemsa.

In ogni modo mi ha dato motivo di provare un metodo senza fissazione, più rapido e che si valesse della doppia colorazione, che mi aveva dato dei buoni risultati sin dal 1920.

Ecco le modalità di tecnica:

a) Vetrini pulitissimi; prelevamento della goccia spessa (3-4 goccie di sangue mescolate collo stesso ago servito alla puntura defibrinando ed allargando la goccia in modo da ottenere un disco uniforme del diametro di uno o due soldi (conio 1922).

b) Essiccamento in posizione orizzontale per non meno di due ore.

c) I vetrini sono poi messi sopra ponti orizzontali fatti con bacchette di vetro parallele ed elevate dal piano del tavolo. Ricopro il vetrino con una soluzione acquosa di colore di Giemsa (ho adoperato indifferentemente il Giemsa di Grübler, quello di Monti di Pavia e la nuova formola di Alberti di Roma) in ragione di 1 goccia di colore per ogni cmc. di acqua distillata. Questa colorazione-emolisi dura da 2 a 3 minuti e cioè fino a che l'emoglobina si solleva come una nubecola dal piano del vetrino.

d) Sgocciolamento laterale del vetrino che rimesso in posizione orizzontale è ricoperto con una soluzione acquosa di Leishman (1 goccia della soluzione madre per ogni cc. di acqua) (1).

L'esposizione a questa seconda colorazione dura dai 6 ad 8 minuti.

e) Sgocciolamento laterale del vetrino, lavaggio dolce con uno spruzzatore di acqua distillata, in modo che l'acqua scorra dolcemente sulla macchia di sangue. Asciugamento all'aria in posizione verticale.

I preparati vengono poi osservati ad immersione.

Tutte le forme parassitarie riescono nettissime nei loro particolari strutturali, colla cromatina colorata in rosso-rubino brillante ed il protoplasma in celeste: il pigmento, che come è noto, ha varia forma e raggruppamento a seconda del tipo parassitario, età di maturazione e ciclo (asessuale o gametico) è più evidente che nei preparati colorati, dato che il fondo del preparato è completamente incoloro: non sussistono che i leucociti, le piastrine e i parassiti.

Usando questa tecnica su larga scala negli accertamenti per malaria che da circa tre mesi sto praticando presso la Stazione antimalarica di Fiumicino, ho potuto constatare un particolare che qui enuncio, riservandomi di studiarlo più a fondo.

In alcuni preparati di sangue di terzana comune (*Plasmodium vivax*) e specialmente nelle fasi più giovanili del parassita è conservata anche l'emazia parassitata a differenza delle altre emazie normali che scompaiono completamente. L'emazia parassitata si presenta col suo contorno netto colorata in rosa-pallido e con una struttura filamentosa. Spesso sono visibili le granulazioni di Schüffner.

Tale constatazione non l'ho potuta fare che per le terzane (dato il periodo in cui ho iniziate queste ricerche e cioè nel periodo preepi-

(1) La soluzione madre è fatta stemperando un tabloide di Leishman's powder della Casa Burroughs Wellcome in 10 cc. di alcool metilico assoluto.

demico nel quale si hanno quasi esclusivamente tali forme): non l'ho osservata in quei pochissimi casi di estivo-autunnale che mi son capitati all'osservazione.

Non posso dare per ora una spiegazione a questo fatto, a causa del breve tempo di osservazione, ma mi riservo di studiare le ragioni e le modalità del fenomeno per il quale l'emazia parassitata viene ad acquistare un'aumentata resistenza all'emolisi.

Così pure ho potuto osservare che le emazie a granulazioni basofile resistono al processo di emolisi a differenza delle normali, sussistendo come dischi a contorni poco definiti e con una struttura trabecolare fatta di finissimi granuli colorati in celeste.

Tornando al metodo dirò che da questo primo periodo di uso, mi è sembrato assai vantaggioso. Facendo il confronto collo striscio preso contemporaeamente e con un materiale di qualche centinaio di preparati posso dedurre che:

1) Il 10 % dei sangui negativi allo striscio, risultavano positivi colla goccia spessa;

2) Per scoprire i parassiti nella goccia spessa occorre un sesto del tempo occorrente per trovarli nello striscio.

I preparati, come ripeto, non sono fissati, cosa che poco interessa per accertamenti diagnostici su larga scala: in ogni modo sono ancora in ottime condizioni di conservazione quelli da oltre due mesi colorati.

Queste ricerche sono state compiute nel Laboratorio di accertamento impiantato a Fiumicino dal prof. B. Grassi, che dal 1918 dirige la lotta antimalarica in quella località, e a lui vadano i miei ringraziamenti per tutti gli aiuti ricevutine.

Fiumicino, giugno 1922.

COMMENTI.

Sulla cura della sifilide col bismuto.

Nel mio lavoro sulla cura della sifilide col bismuto, comparso il 10 aprile u. s. nella sezione pratica del «Policlinico» (nel quale il nome di Sazerac, sebbene citato nelle note bibliografiche, fu per semplice inavvertenza omesso nel testo) dopo aver posto in evidenza l'azione sicuramente treponemicida del tartrobismutato di potassio di sodio, affermavo che i sintomi di intossicazione generale che accompagnavano il miglioramento o la guarigione delle lesioni specifiche non potevano far entrare quel prodotto nella pratica. E concludevo, nella speranza che si potesse giungere a un più adatto composto, che l'attesa di altri studi s'imponeva agli esaltatori troppo affrettati e ai giudici troppo severi.

Alla fine dello scorso aprile Levaditi mi scriveva che usando un prodotto modificato (in una nuova concentrazione del 64 %) cui serbava il nome di Trepol o usando un nuovo prodotto, il Neotrepol, diminuendo le dosi iniziali del farmaco (2 cmc. ogni tre giorni) curando la bocca non si producevano nè intossicazioni, nè stomatiti, nè dolori. E Sazerac verso la metà dello scorso mese mi scriveva che, in nuove esperienze, il bismuto adoperato come corpo semplice, *bismuto precipitato* (Neotrepol), mentre aveva dimostrato azione terapeutica energica non aveva provocato che «de très legères et très rares stomatites d'alarme».

Le mie conclusioni dunque, cui mi condusse il mio studio clinico col tartrobismutato, il primo pubblicato in Italia con esito poco favorevole a quel composto, ebbero dalle esperienze ulteriori dei due illustri scienziati francesi il conforto di una indiretta conferma. Contro l'uso del resto del primo tartrobismutato di potassio e di sodio a poco a poco conversero le numerose osservazioni della tossicità di quel composto e di quelle dosi. (Levy-Bing-Jeanselme-Hudelo-Milian, ecc.). Il Milian notava «retentissement marqué sur l'état général, fatigue, anorexie, pesanteur gastrique, amaigrissement, fièvre et stomatites», constatava «que le visage s'altère et se présente pâle, blafard, d'une blancheur bismuthique» e concludeva che questi fenomeni erano di tale frequenza che il numero dei malati capaci di tollerare la cura era infimo.

Per la modificazione della posologia e per l'intervento di nuovi composti, *anche associando il bismuto all'arsenico*, coi nuovi risultati che da più parti si annunziano, la terapia bismutica della sifilide viene ora a rafforzare le sue basi e va acquistando un valore che nessuno può ormai disconoscere.

Dopo l'ultima nota di Sazerac (29 aprile 1922) a proposito del bismuto precipitato, Fournier e Guénot lo adoperavano in sospensione oleosa o in sospensione in soluzione isotonica in serie di 10 a 12 iniezioni intramuscolari o sottocutanee, due volte alla settimana, alla dose media di 1.5-2 cmc., cioè 0.15 a 0.20 gr. per iniezione e alla dose di 2 gr. di bismuto per serie. Essi notarono con questo preparato insieme all'azione spiccatamente antiluetica una tolleranza veramente ottima.

Nel mio stesso lavoro del 10 aprile comunicavo, in una nota, che in Italia il Tirelli, col concetto di ridurre la tossicità complessiva del bismuto, aveva preparato un arseno-bismutato

sodico solubilizzabile, ottenuto dall'arseniato insolubile di bismuto mediante legami organici di gruppi carbonilici e un prodotto di bismuto colloidale (pseudo-soluzione iniettabile in cui ogni cmc. conteneva 5 mg. di bismuto metallico). Pochi giorni dopo (il 29 aprile) Sazerac rendeva noto il suo bismuto precipitato e poi (nel maggio u. s.) Lacapère e Galliot publicavano dei buoni risultati col bismuto colloidale per via endovenosa.

Nella Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma ho già intrapreso esperienze col bismuto colloidale italiano per via intramuscolare. Infermi con sifilosclerosi iniziali ulcerose, sifilodermi secondari anche con placche ipertrofiche e vegetanti, lesioni terziarie tubercolo-ulceranti della cute mentre hanno nettamente risentito dell'azione curativa del farmaco, hanno dimostrato una *tolleranza locale e generale veramente ottima*. Non dolore locale, non stomatiti, non febbre, non dimagramento, non anemia. Pubblicherò con qualche dettaglio i risultati delle mie esperienze.

Astenendomi per ora da giudizi comparativi con gli altri rimedi antisifilitici di provata efficacia, posso affermare che il bismuto colloidale, mentre dimostra azione sicura contro la infezione sifilitica, non dà segni di intossicazione.

CESARE DUCREY.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE

Sui concetti e sulle teorie dell'infiammazione.

(L. ASCHOFF. *Münch. Med. Wochenschrift*, n. 8, 1922).

I processi infiammatorî si distinguono da alcuni processi fisiologici che dal lato morfologico avrebbero dei caratteri simili (mestruazione, ovulazione, digestione, ecc.), per il danno che essi minacciano, cioè per la loro tendenza distruttrice. Dei fenomeni patologici rientrano nel campo dei processi infiammatorî tutti quelli che si accompagnano a processi positivi, a una reazione da parte dell'organismo: mentre i processi passivi non accompagnati da reazione (stasi, infiltrazione diabetica di glicogene, calcificazione, ecc.), non si possono chiamare infiammatorî.

I processi morbosi infiammatorî sono dunque caratterizzati dalla « reazione infiammatoria » (arrossamento, infiammazione, tumefazione, iperemia, ricambio esagerato) che non rappresenta che un anello alla catena della « malattia infiammatoria ».

La reazione infiammatoria, analogamente allo stato febbrile, consiste in un esagerato processo di combustione, e rappresenta uno speciale stato irritativo: stato caratterizzato da disturbi nutritivi; gli stati irritativi in cui esistono soltanto dei disturbi funzionali (p. es. spasmi) non sono degli stati infiammatorî.

Lo stato irritativo infiammatorio (inflammatio), l'esagerazione di uno stato irritativo semplice (irritatio) e la reazione con la quale l'organismo cerca di ristabilire le condizioni normali turbate da azioni nocive: queste azioni nocive possono essere dei semplici difetti apportati alla struttura organica (affezioni difettive) o delle distruzioni di cellule o tessuti (affezioni distruttive), oppure degli inquinamenti dei tessuti con materiale estraneo non vivente oppure vivente (affezioni tossi-infettive). Questa definizione eziologica dei processi infiammatorii, che si può sostituire alla definizione morfologica (degenerazione, essudazione, proliferazione) ed a quella fisiologica (disturbi circolatori, esagerato consumo di ossigeno, processi immunitarii locali, ecc.), ha importanza pratica per la terapia. Recentemente è stata proposta la suddivisione delle malattie infiammatorie in « spontanee » o « dirette » o difensive (affezioni tossi-infettive) e non spontanee o indirette o riparativo-rigenerative (affezioni traumatiche e defettive: processi di organizzazione in trombi e infarti, guarigione di fratture ossee ecc.).

Se anzichè la causa nociva determinante si considera la modalità della reazione ad essa, si ha la definizione funzionale delle malattie infiammatorie.

La reazione determina la ricostituzione della sostanza perduta (reazione rigenerativa nelle affezioni difettive) o determina contemporaneamente anche delle proliferazioni cellulari che provvedono all'assorbimento, alla rimozione, alla demarcazione e all'organizzazione dei tessuti distrutti (reazione riparativa nelle affezioni distruttive) oppure determina delle alterazioni cellulari ed umorali tali da poter resistere alla penetrazione di sostanza estranea vivente o non vivente, sia solida sia liquida sia allo stato di gas (reazione difensiva nelle affezioni tossi-infettive).

Numerose teorie cercano di spiegare il nesso causale esistente tra il danno e la reazione infiammatoria (teoria dell'attrazione di Virchow, teoria dell'alterazione di Cohnheim, teoria neurogena di Ricker); nessuna di esse raggiunge lo scopo.

POLLITZER.

NEUROLOGIA.

Sull'interpretazione dei sintomi nelle malattie del sistema nervoso centrale.

(A. FEILING. *Brit. Med. Journ.*, 1 e 8 aprile 1922).

Dato che ogni malattia del sistema nervoso centrale si manifesta con un disturbo funzionale, non è giusta la distinzione in malattie puramente organiche e puramente funzionali. Occorre indagare, caso per caso, la diagnosi fisiopatologica, l'esatta localizzazione anatomica della lesione, la natura della lesione stessa.

Oltre l'esame obbiettivo completo, è spesso molto utile, anche in questo campo, l'anamnesi accurata.

Un sintoma assai comune è il dolore. Esso dipende da malattie, compressioni, stiramenti delle meningi o dei neuroni afferenti: questi possono essere lesi al loro ingresso nella dura da processi patologici di origine meningea.

L'aumento di tensione endocranica è causa frequente del dolore, che si esacerba negli sforzi o con l'attività mentale: occupa di solito la regione frontale ed occipitale, e si calma nella posizione orizzontale o con la puntura lombare. Non ha di solito carattere pulsante, come invece suole accadere nell'ipertensione arteriosa.

L'A. parla poi dei dolori facciali riferibili a tumori endocranici, e dei dolori nelle malattie sifilitiche del sistema nervoso centrale, che paragona alla sensazione di uno strumento aguzzo che perfori la pelle perpendicolarmente: si percepiscono in aree circoscritte, non s'irradiano lungo l'asse del corpo, nè seguono la distribuzione di un nervo.

Per i dolori di origine centrale, da lesione del midollo cervicale e del segmento posterolaterale del talamo si riferisce alla descrizione di Gordon Holmy.

È importante, per la localizzazione, stabilire la distribuzione del dolore al suo inizio, poichè col tempo la resistenza del paziente diminuisce e il dolore viene riferito ad un'area sempre più estesa.

Le altre sensazioni subbiettive diverse dal dolore vanno ben vagliate: la diagnosi d'isteria deve farsi solo per esclusione, pensando prima alle varie nevriti, alla sclerosi disseminata, alla degenerazione combinata subacuta del midollo, alla sifilide cerebro-spinale.

L'aumento del tono muscolare parla per una lesione dei neuroni motori superiori. La lesione delle vie piramidali dà la nota contrattura in flessione per l'arto superiore e in estensione per l'inferiore: l'ipertono è minore se la lesione è corticale o sotto corticale.

La rigidità è invece uniformemente diffusa per la lesione delle vie motrici estrapiramidali, e persistente nei movimenti attivi e passivi: i riflessi plantari e addominali sono deboli o assenti. Tale reperto si ha spesso nell'encefalite letargica, anche all'infuori di ogni sindrome parkinsoniana. Nel morbo di Wilson vi è rigidità del tipo estrapiramidale.

Nella paraplegia spinale per lesione delle sole vie piramidali vi è rigidità in estensione: lesioni più gravi danno rigidità in flessione, come di solito accade per le lesioni più centrali. Se ne deve tener conto nella prognosi.

L'A. parla poi della cosidetta rigidità decerebrata di Sherrington e Wilson: questi ha riferito casi con obnubilamento della coscienza, rigidità tonica del tronco e degli arti, ed accessi di contrazioni toniche con le braccia addotte, rotate all'interno, e gli avambracci fortemente estesi e pronati. Alla sezione si trovarono tumori od emorragie cerebrali, o meningite tubercolare. Sono però descritti dei casi simili dipendenti da un semplice disturbo funzionale, senza alcun disordine strutturale permanente, secondo l'A.

Ramsay Hunt ammette un sistema motorio cinetico, pel movimento, e uno statico per mantenere la posizione. L'ipotonia indica una lesione delle corna anteriori, delle radici dei nervi spinali, o del cervelletto.

L'A. distingue i riflessi in cutanei, tendinei ed organici, ad es. il riflesso oculocardiaco, al quale però nega valore clinico. Dà importanza all'achilleo, che va ricercato a paziente in ginocchio.

I riflessi cutanei vanno esaminati a pelle calda; gli addominali sono generalmente deboli negli addomi penduli. È più importante in generale una differenza tra i due lati, che una modificazione quantitativa anche più grande, ma simmetrica, dei riflessi.

DORIA.

Le concezioni attuali dell'idrocefalia.

(BABONNEIZ e DAVID, *Gazette des hôpitaux*, 1922, pag. 573).

Gli AA. espongono e criticano le ricerche di Dandy di Baltimora.

Le idee che il Dandy ha reso note in una serie di memorie, possono essere raggruppate a seconda che esse riguardino:

il meccanismo;

l'anatomia patologica;

la diagnosi;

la cura.

Si può dire che allo stato normale, il liquido c. r. circola in un sistema di vasi chiuso assai ben delimitato; esso è secreto dai plessi coroidei: poichè il più importante è quello che occupa i ventricoli laterali, è qui che si ha l'origine principale del liquido. Dai ventricoli laterali, tappezzati di epitelio cubico e «columnar», il liquido passa nel III ventricolo attraverso il forame di Monrò, dal III al IV attraverso l'acquedotto di Silvio, e dal IV, attraverso i forami di Luschka e di Magendie, negli spazi sotto aracnoidei, ove è riassorbito; questo riassorbimento ha luogo molto più nei canali situati sulla faccia esterna degli emisferi che nei confluenti chiasmatici e interpeduncolari. Bisogna notare che la circolazione collaterale del liquido c. r. è quasi nulla sia nel settore ventricolare, sia negli spazi sottoaracnodei, onde l'ostruzione di una di queste vie porta inevitabilmente all'idrocefalia, come l'ostruzione di un uretere porta all'idronefrosi. Inoltre la parete del ventricolo non contribuisce in alcun modo al riassorbimento del l. c. r.

Sperimentalmente si può produrre l'idrocefalia: con l'ostruzione del forame del Monro, dell'acquedotto di Silvio, o con la legatura della vena di Galeno, all'origine della vena, od applicando sul mesencefalo una striscia di garza impregnata di un liquido irritante, in modo da produrre delle aderenze che impediscano al l. c. r. di raggiungere la faccia esterna degli emisferi cerebrali e di essere riassorbito.

Le condizioni patologiche che possono dar luogo ad idrocefalia, possono dunque, astrazion fatta dalla compressione della vena di Galeno, essere di due ordini, a seconda che l'ostacolo abbia sede: su uno dei fori di Monro, di Silvio, di Luschka, di Magendie; sugli spazi sottoaracnoidei del cervello.

Nel primo caso, l'idrocefalia è detta *ostruente;* nel secondo caso in cui è impedito il riassorbimento del liquido, l'idrocefalia è detta comunicante.

Anatomia patologica. — Nell'idrocefalia ostruente, l'ostacolo risiede generalmente in un punto definito: acquedotto di Silvio, forami di Luschka e di Magendie, e nell'un caso come nell'altro può essere congenita od acquisita.

Congenita, consiste in una malformazione che può andare dall'atresia all'imperforazione, colpisce più di tutto l'acquedotto di Silvio.

Acquisita è di origine infiammatoria: per proliferazione di tessuto nevroglico nell'acquedotto di Silvio, o per tessuto infiammatorio ostruente i forami di Luschka e di Magendie.

Nell'idrocefalia comunicante, l'ostruzione può aver sede:

nelle vie confluenti (specie mesencefaliche);

nei larghi canali che conducono il liquido dai confluenti chiasmatici e peduncolari verso i solchi cerebrali.

Anche qui l'ostruzione può essere dovuta a malformazione o a infiammazione. I tumori della protuberanza, del midollo o del mesencefalo, possono ugualmente portare all'ostruzione dei confluenti, e in tal modo ad un idrocefalia comunicante. Date queste concezioni, per la terapia occorre una diagnosi precisa; e questa si fonda su un certo numero di prove e sull'impiego dei ventricologrammi.

Prova della fenolsolfoneftaleina. — Se si inietta nel ventricolo laterale di un soggetto 1 cc. di una soluzione neutra di fenolsolfoneftaleina, in 3-8 minuti la sostanza colorante guadagna gli spazi sottoaracnoidei del rachide, come si può vedere con la puntura lombare.

Di più, nelle due ore seguenti, la sostanza si ritrova nelle urine: ora se ciò non si verifica in un caso di idrocefalia, si ha a che fare con una idrocefalia ostruttiva; se la sostanza compare nel liquido tolto con la puntura lombare, si tratta di una idrocefalia comunicante.

Se iniettiamo in un individuo sano con puntura lombare 1 cc. della stessa soluzione, la colorazione compare nelle urine dopo dieci minuti, e si elimina in due ore. Nell'idrocefalia se la sostanza colorante compare ed è eliminata nel medesimo tempo, vuol dire che l'idrocefalia è dovuta a causa non ostacolante il riassorbimento del l. c. r., si tratta cioè di idrocefalia da ostruzione.

Se compare tardi nelle urine ed è eliminata incompletamente, si ha a che fare con una lesione che ostacola il riassorbimento del l. c. r., cioè si ha a che fare con una idrocefalia comunicante.

Ventricologramma. — Supponiamo che si tratti di idrocefalia da ostruzione: occorre conoscere dove ha sede la lesione. Basta iniettatre dell'aria in un ventricolo laterale, e di fare una radiografia del cranio di profilo: se sono dilatati i ventricoli laterali ed il terzo ventricolo solamente, la lesione risiede nell'acquedotto di Silvio, se sono dilatati tutti i ventricoli, la lesione risiede nei forami di Luschka e di Magendie.

Nell'un caso e nell'altro l'ostacolo impedisce alle bolle gassose di andare verso i canali della faccia esterna degli emisferi.

Sia ora o una idrocefalia comunicante: l'aria iniettata negli spazi sotto aracnoidei del rachide è arrestata dall'ostacolo, essa non fugge come normalmente verso i canali situati sulla faccia esterna degli emisferi cerebrali. La radiografia del cranio mostra l'assenza di bolle d'aria sulla faccia esterna delle circonvoluzioni.

Così nell'idrocefalia da ostruzione, si ha: non comparsa nelle urine, nè nel liquido c. r. della sostanza iniettata nel ventricolo laterale; comparsa precoce nelle urine, ed eliminazione rapida della stessa sostanza introdotta nel l. c. r. con la puntura lombare; sui ventricologrammi: dilatazione ventricolare, non comparsa sulla faccia esterna del cervello, dell'aria iniettata nel ventricolo; e nell'idrocefalia comunicante, comparsa nel liquido c. r. del colorante iniettato nel ventricolo laterale; comparsa tardiva ed incompleta nelle urine della stessa sostanza introdotta nel l. c. r.; sui ventricologrammi assenza sulla faccia esterna del cervello dell'aria iniettata negli spazi sottoaracnoidei del rachide.

Delle cure proposte, occorre prendere in considerazione solo quelle che possono opporsi alla causa stessa del male, e ciò è possibile solo nella forma ostruttiva. Allorchè è l'acquedotto di Silvio che è ostruito, basta formarne un altro: dopo incisione mediana del verme, si introduce nell'acquedotto un drenaggio di caoutchouc lasciandolo in posto da due a tre settimane: il contatto del drenaggio con la parete dell'acquedotto è penoso, ma i risultati definitivi sono buoni: di due bambini così operati, uno ad un anno di distanza dall'operazione vive in ottima salute, un altro morì per polmonite alcune settimane dopo.

Se l'occlusione si trova sui forami del Luschka o del Magendie, la lesione può essere rintracciata e soppressa con operazione delicata che è stata effettuata già due volte con successo.

Gli autori concludono che i lavori del Dandy gettano una viva luce sulla questione dell'idrocefalia, ed in particolare ci forniscono dati preziosi sul suo meccanismo e sulla sede della lesione che ne è la causa. Non possiamo però seguire l'A. nelle sue deduzioni terapeutiche, non senza notare che anche con una certa apprensione noi ricorreremo ai metodi diagnostici ai quali egli invita attenersi, e che sono ben lungi dall'essere sempre inoffensivi.

MONTELEONE.

MEDICINA.

L'oleo-torace terapeutico.

Nella seduta del 25 aprile 1921 il dott. Andrea Bernou di Châteaubriant comunicava all'Accademia di Medicina di Parigi (*Bollettino di Medic.*, 17, 1922) i risultati ottenuti con un nuovo procedimento di terapia pleuro-polmonare che egli chiama *oleo-torace*. L'iniezione intrapleurica oleosa *massiva*, dice l'A., può essere adoperata sia allo scopo di mantenere la compressione del polmone, sia a quello di bagnare con liquido oleoso medicato la maggior parte possibile della superficie pleurica.

Nel 1921 l'A. tenta per la prima volta l'oleotorace in una giovinetta in cui era stato intrapreso con successo, a causa di una lesione polmonare specifica, il pneumo-torace terapeutico. Durante questa cura compare una perforazione polmonare a valvola che conduce all'eliminazione del gas immesso ed alla riespansione del polmone.

Col manometro si constata più tardi la presenza di una larga fistola, succeduta alla precedente disposizione a valvola della perforazione, facente comunicare ampiamente la cavità pleurica con l'albero bronchiale.

S'inizia allora progressivamente l'iniezione intrapleurica di olio (da 25 a 475 cc.) e dopo 16 gg. di trattamento si raggiunge una sufficiente compressione del polmone. Si ha dapprincipio un rapido assorbimento dell'olio così che per oltre 2 mesi si è costretti, con iniezioni di rifornimento, a sopperire alle perdite. Successivamente, essendo divenuta quasi nulla la eliminazione dell'olio, si mantiene la compressione per altri 2 mesi con iniezioni d'aria, venendosi così a realizzare un *pneumo-oleo-torace*. Le ricerche manometriche dopo circa 3 mesi dalla cura stabiliscono la chiusura clinica della fistola (piegatura a livello della perforazione, ispessimento pleurico, coltrone fibrino-caseoso, ecc.).

Dopo 6 mesi, permanendo invariate le constatazioni manometriche, si può ammettere senza dubbio la cicatrizzazione della fistola pleuro-polmonare.

In un altro caso si tratta di un piotorace consecutivo ad un pneumotorace artificiale. Un giorno il malato ha improvvisamente una vomica abbondante; tre giorni dopo, le condizioni essendo divenute allarmanti, si estraggono 1000 cc. di pus e si ristabilisce la compressione iniettando 600 cc. di olio gomenolato al 4 %. Venticinque giorni più tardi si ritirano altri 600 cc. di pus e si immettono altrettanti cc. di olio. Il malato non ha in-

convenienti di sorta nè dalla quantità d'olio iniettato, nè dal suo passaggio nei bronchi.

A circa 50 gg. di distanza dall'inizio della terapia si constata al manometro la obliterazione della fistola e si riprendono con successo le insufflazioni di aria.

Dall'esame di questi due casi l'A. conclude che il pronostico finora fatale della perforazione detta « permanente » consecutiva al pneumotorace terapeutico si modifica radicalmente. Difatti l'oleo-torace, che costituisce attualmente l'unico mezzo degno di essere sperimentato in simili circostanze, ha permesso oltre al mantenimento della compressione polmonare (e con questo l'arresto dell'evoluzione delle lesioni in esso contenute) anche l'obliterazione, dappprima, e, più tardi, la cicatrizzazione, delle fistole bronchiali. Sembra naturale d'altro canto che nulla potrà fare tale mezzo nelle larghissime brecce polmonari o nei casi di perforazione mantenuta da aderenze.

L'oleo-torace dovrà essere mantenuto per un periodo di tempo sufficientemente lungo allo scopo di evitare le aderenze, sequela frequente degli spandimenti pleurici nel corso del pneumo terapeutico. Nel caso in cui il processo adesivo si inizi quando l'assorbimento dell'olio è divenuto scarsissimo basta ad evitarlo il costante mantenimento della pressione con successivi rifornimenti di olio d'uliva gomenolato. Sembra invece doversi ricorrere ad olii minerali (olio di paraffina) nei casi in cui la tendenza alle aderenze si stabilisca nel primo periodo dell'oleo-torace in cui l'assorbimento dell'olio si fa precipitosamente.

Nella prima malata in seguito alla perforazione polmonare trattata con l'oleo-torace si ebbe, durante questo trattamento, una pleurite purulenta. Le iniezioni di olio gomenolato all'1 % non essendo state capaci di prevenire questo incidente e delle piccole iniezioni successive di olio gomenolato al 20 % (20-30 cc.) non avendone arrestato il decorso, si vuota ad un certo momento la pleura, si estraggono 600 cc. di pus e si iniettano 500 cc. di olio gomenolato al 4 %. Da questa iniezione in poi non si ritrova più pus nel cavo pleurico sondato in ogni punto. Si mantiene successivamente la compressione con rifornimenti di olio gomenolato al 10 %.

Anche nel secondo malato dopo le iniezioni di olio gomenolato si ebbe in un tempo piuttosto breve la scomparsa di liquido purulento.

L'A. conclude da quest'altro ordine di fatti con il ritenere che le iniezioni massive di olio gomenolato, realizzando un bagno antisettico permanente di quasi tutta la superficie pleurica, bastano a far scomparire rapidamente un piotorace tubercolare. Ma perchè il risultato sia a questo intento completo è necessario:

1) che la quasi totalità del pus sia estratta.

2) che l'iniezione oleosa bagni la maggior superficie possibile della pleura.

3) che l'olio sterile contenga del gomenolo ad un tasso sufficiente.

A questo riguardo l'A. fissa i seguenti punti: per i grossi rifornimenti (400-600 cc.) va adoperato olio gomenolato al 4 % (anche 5 %); per iniezioni da 50 a 300 cc. si utilizzi la soluzione al 10 %=solo per le piccole iniezioni (10-30 cc.) va usata la soluzione al 20 %.

4) È necessario anche che la durata del « bagno » oleoso sia a bastanza lunga.

La tecnica dell'oleo-torace è semplice.

Quando si abbia a che fare con un piotorace l'intervento consiste nel vuotare la cavità pleurica con il Potain e nel rimpiazzare, servendosi di una siringa, il pus estratto con una equivalente quantità di olio gomenolato. Quando il piotorace segue ad un pneumo-terapeutico è miglior consiglio (allo scopo di evitare un troppo rapido e grande spostamento del polmone) quello di estrarre successivamente delle piccole quantità di pus: ciascuna estrazione va seguita da una equivalente iniezione di gomenolato. Vanno evitate le punture basse perchè queste, se bene assicurino l'evacuazione della maggior quantità possibile di pus, pur tuttavia alla susseguente iniezione di olio, specie nei piotoraci antichi con aderenze fibrose, son seguite da fatti oltremodo dolorosi.

Quando l'oleo-torace non viene applicato per un piotorace ed il polmone dovrà per esso subire una sovrapressione importante, l'iniezione dovrà essere lentamente progressiva ed andrà sorvegliata con attenzione; ricordando d'altronde che non pare esista rapporto diretto fra quantità di liquido iniettato e riflesso pleurico.

Sembra che una pleura normale o non ancora abituata alle prime insufflazioni terapeutiche non sopporti troppo facilmente il metodo proposto.

D. MASELLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ORTNEC NORBERT. *Klinische Symptomatologie innerer Krankteiten - erster Band - Zweiter teil.* — (Urban e Schwarzenberg, 1922, marchi 192).

Nella seconda parte del I volume uno solo dei sintomi di malattia è ampiamente trattato «il dolore». E veramente può dirsi che l'A. nulla abbia tralasciato di tutto quanto può fornire l'elemento dolore per la diagnosi delle più diverse affezioni morbose. Questo volume è diviso in varie parti, seguendo una suddivisione topografica del dolore. Così l'A. tratta del dolore cardiaco e della regione precordiale, del dolore della colonna vertebrale, delle scapole, della nuca, del collo, del torace, delle estremità, dei muscoli, delle ossa, delle articolazioni. Nulla dedica di particolare ai dolori dell'addome, ed in un'ultima parte tratta con molta ricchezza di particolari della cefalea.

In ogni singolo capitolo non soltanto sono svolti i diversi aspetti del dolore, ma per ogni varietà di esso sono prese in discussione tutte le forme morbose organiche e funzionali che possono presentare quel determinato dolore, e ne sono esposti i principali criteri differenziali.

Tr.

LOEPER, FLURIN, GLÉNARD, ecc. *La Goutte et sa cure hydrominerale.* — In-8, pag. 143. — L'expansion scientifique française, Paris, 1921.

È il secondo volume di una collana di studi di idrologia clinica, scritti da medici di stazioni termali.

Dopo un capitolo-prefazione di M. Loeper su la gotta urica e la gotta ossalica, vengono trattati vari argomenti, ciascuno da un autore. Così abbiamo: la cura idrominerale della gotta, la cura della gotta a Vichy, le manifestazioni articolari, muscolari e nevralgiche della gotta cronica, flebiti e flebopatie gottose, ecc.

In complesso v'è dunque una esposizione, semplice, di alcuni capitoli sulla gotta, con riguardo all'applicazione terapeutica delle acque minerali francesi. È un volume che può interessare i medici pratici, impinguandone in un determinato senso la coltura idrologica, e che certo giova alla espansione delle stazioni termominerali francesi. *g. sabatini.*

DUCLAUX. *les colloides.* — In-16, pag. 288. — Gauthier-Villars, Paris, 1920.

L'importanza dei colloidi è oggi nota a chiunque si occupi non solo di scienza pura, ma di biologia e di medicina. Se non che di questo interessante capitolo di fisico-chimica sono state fino ad oggi scritte solo le prime pagine.

Per ciò è interessante un lavoro, che, raccogliendo la sparsa produzione sull'argomento, prospetti quanto si è fatto e quanto resta da fare.

Lo studio del Duclaux, che esce dai Laboratori dell'Istituto Pasteur, si è proposto questo scopo: e lo ha raggiunto in modo facile e piano e nello stesso tempo con severa dignità scientifica e rigore di linguaggio tecnico.

Questo volume, modesto nella mole, è completo nella trattazione. Ed è doveroso segnalarlo e raccomandarlo agli studiosi.

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXIV Congresso della Società tedesca di medicina interna.

Wiesbaden, 24-27 aprile 1922.

In tema di ittero.

EPPINGER (Vienna). — 1° *L'ittero meccanico* è in generale ben conosciuto. Esiste la possibilità, d'un ingorgo della bile nei vasi linfatici, prima che essa apparisca nel sangue. È anche possibile un disturbo della funzione epatica nei casi semplicemente meccanici d'ittero. Ci manca un metodo esatto per misurare la quantità della bile, secreta nell'urina.

2° *Ittero emolitico.* Le vecchie e nuove teorie (di Morgagni, Naunyn, Minkowski, Brauer, Banti) non hanno finora schiarito la genesi. La nuova teoria sul sistema reticulo-endoteliale (Aschoff, Lepehne, Eppinger) suppone, che la bilirubina viene formata nelle cellule stellate di Kuppfer almeno in condizioni normali. Hejmans v. d. Bergh crede all'esistenza di due generi di bilirubina, secondo la reazione diretta ed indiretta del diazo nel siero.

Di grandissima importanza per la pratica è la osservazione già fatta da Banti delle correlazioni più intime tra la funzione della milza e del fegato. In molti casi d'ittero emolitico ottimo è l'effetto della splenectomia.

3° *L'ittero catarrale* sembra essere il sintomo di una lesione del parenchima del fegato. *Prove*: le ricerche patologico-anatomiche fatte da Eppinger, la galactosuria, descritta da R. Bauer, ed il fatto che non sappiamo mai, quando finisce l'ittero catarrale e comincia l'atrofia giallo-acuta del fegato.

4° Le altre forme dell'ittero (morbo ittero-emolitico, morbo di Weil, cirrosi ipertrofica, ecc.), sono variazioni delle forme sovradette.

L'ittero non è una malattia, ma un *sintomo polivalente,* che si produce in vario modo in varie malattie.

Secondo la sovradetta *teoria reticolo endoteliale,* ben difesa da Eppinger, si trovano nei vari organi come polmone, fegato, milza, ecc., delle cellule sinonime caratterizzate da una affinità per il carmino e del potere da vssare delle sostanze solute del sangue. (Anche i grandi monociti dovrebbero appartenere a questo gruppo). L'importanza di questo sistema per la genesi della bilirubina fu menzionata sopra. Non vi furono troppi aderenti di questa teoria nel Congresso. Minkowski (Breslavia) rammentava la sua vecchia teoria della parapedesi, anche Heruheimer (Wiesbaden) ed altri manifestarono i loro scrupoli contro la teoria di Aschoff-Eppinger.

Dell'opinione che l'ittero catarrale non è effettuato da un semplice catarro delle vie epatiche (turacciolo mucoso secondo Virchow), ma che è un segno d'una funzione lesa del parenchima epatico, era la maggioranza, tra la quale Minkowski, d'accordo con Eppinger.

Nondimeno già il fatto, che Eppinger stesso aveva trovato una volta tra cinque casi d'ittero catarrale, che furono controllati istologicamente, un turacciolo mucoso, dimostra, che la nostra cognizione sul tema ittero catarrale non è ancora perfetta.

D'altre dimostrazioni e relazioni presentate sul tema *malattie del fegato* sono da menzionare le seguenti: Bingold (Amburgo) su la ematinemia, la quale è in relazione con vari tipi d'ittero ed ha un certo valore diagnostico; Linser (Tùbingen): Secondo una grande serie di proprie ricerche l'ittero viene piuttosto guarito che prodotto con il salvarsan; Tannhauser (Monaco): Studi sopra il ricambio della colesterina non hanno valore se non estesi per più di due settimane; Schilling (Berlino) dimostra l'importanza della formula leucocitaria per la diagnosi delle malattie del fegato.

TANNHAUSER e WEISS (Monaco) credono d'avere identificato nella sostanza preparativa dei tumori melanotici, nel melanogene, l'acido omoprotocatechinico, il quale si trova anche nel pigmento del morbo Addison.

Le basi farmacologiche dell'esame del simpaticotono.

TRENDELENBURG (Rostock). — L'adrenalina è finora l'ottimo mezzo per questo scopo, la sua funzione è una simpatico-stimolante, anche sulle glandole sudorifere, se l'adrenalina vi giunge realmente. Molto complicato è l'effetto dell'adrenalina sul sistema vascolare. Ordinariamente restringe i vasi, ma non sempre. Nei piccoli animali, talora anche nell'uomo, si vede una dilatazione dei vasi. Esistono due ipotesi, l'una che in quei casi l'adrenalina ha effetto sul parasimpatico, l'altra che esistono delle fibre nervose vaso-dilatatrici nel simpatico.

È di massima importanza, che gli esperimenti coll'adr. vengono sempre fatti con dose e concentrazione esatta nel sangue. Per questo scopo si raccomanda una lenta continua infusione. Causa la facilità a decomporsi dell'adr. non c'è il pericolo d'una concentrazione troppo grande nell'organismo. L'effetto dell'adr. sul sistema vascolare è proporzionato alla concentrazione nel sangue. Per le cattive condizioni di rassorbimento le iniezioni sottocutanee ed intramuscolari non sono adatte per risultati precisi.

Esperimentando coll'adr. si deve sempre tener conto della velocità della circolazione. Finora non conosciamo tutte le sedi di azione dell'adr.

I risultati con altri mezzi simpaticotropi (pilocarpina, colina, apocodeina, ergotossina) non furono finora soddisfacenti.

SCHOTTMÜLLER (Amburgo) ha trattato con ottimi risultati la *cistite* e *cistopielite* col nitr. d'arg. in forte concentrazione.

Metodo: irrigazione della vescica con nitr. di arg. 2 % . . . . . g. 100,0 per 5m, poi irrigazione con soluzione fisiologica di NaCl l'Ag NO_3 viene legato dal NaCl).

L'O. riferisce anche sopra ottimi effetti del trattamento con salvarsan argentico (salvarsan con argento colloidale) sull'*aneurysma aortae.*

La viscosità del siero.

ELLINGER (Francoforte s. M.). — La determinazione della viscosità del siero non è identica alla determinazione dell'albumina. La viscosità dipende dagli ioni e dalle sostanze organiche del siero. Caffeina in concentrazione 1/32000-1/40000 produce in principio una lenta ascesa poi una discesa della viscosità.

L'atropina e la morfina invece sono senza effetto sulla viscosità. Molti metalli pesanti, il iodio ed il bromo e molti tossini fanno aumentare la viscosità. La diuresi prodotta dal novasurolo sembra essere l'effetto d'una separazione di minime dosi di mercurio, che diminuisce la concentrazione del siero.

I mezzi diuretici appartengono a due gruppi corrispondenti al loro effetto o diretto sui reni od indiretto sulla concentrazione del siero.

Sull'ipofisi.

BIEDL (Praga). — L'apparecchio ipofisario è costituito dal lobo anteriore (preipofisi), dal lobo intermedio (pars intermedia), dal lobo posteriore (neuro-ipofisi) e dalla parte tuberale, inoltre dalle para-ipofisi accessorie.

Il lobo anteriore (d'origine entodermica) e le sue glandole accessorie sono delle glandole secretorie, che secernono i loro prodotti lipoidi e granulari (baso- ed eosinofili) direttamente nel sangue. Solamente nel caso di sopraproduzione viene accumulato un secreto colloidale nel cavo della ipofisi. La parte intermedia (d'origine ectodermica) manda un secreto colloidale per le fessure dei

tessuti e per il peduncolo ipofisario nel grande spazio linfatico dei ventricoli cerebrali.

Quanto al chimismo dei secreti, si conosce un lipoide del lobo anteriore (Thethelin); il lobo intermedio e posteriore segregano una o più sostanze d'effetto specificamente farmacodinamico, poi l'istamina e delle sostanze istaminoidi.

Le funzioni del sistema pituitario vengono caratterizzate nel seguente modo:

1) *L'apparecchio ipofisario* è un sistema necessario per la vita. *Prove*: la cachessia ipofiseopriva ed ipofisaria (Simmonds);

2) *Il lobo anteriore* è una glandola con effetto ormonale morfogenetico quasi esclusivamente per il tempo della crescenza. Nell'adulto non è d'importanza se non nel caso di soprasecrezione. *Prove*: le varie forme di nacrosomia pituitaria — la acromegalia e gli stati acromegaloidi;

3) La funzione della *parte tuberale* finora non è ben definita:

4) Il *lobo intermedio* è una glandola del ricambio con effetto funzionale correlativo. Il *lobo posteriore ed il peduncolo ipofisario* sono la via di scolo pel secreto del lobo intermedio e formano così la congiunzione col centro del ricambio, situato nel mesencefalo. *Prove*: le varie forme della distrofia adiposogenitale, — poi una nuova sindrome: deformità congenite (come *atresia ani*, polidactilia, retinite pigmentosa) e deformità del cranio con impedimento dell'evoluzione intellettuale in combinazione con adiposità di massimo grado; il diabete insipido;

5) Le strettissime correlazioni tossiche della parte ipofisaria per l'accrescimento con quella pel ricambio non sono ancora schiarite in quanto al loro valore fisiologico.

Questo rapporto di Biedl fu accompagnato e spiegato da splendide dimostrazioni sopra tutte le varietà cliniche, conseguenza delle anomalie e malattie del sistema pituitario.

PETRÉN (Lund), dimostra la grandissima importanza del ricambio dell'azoto per lo sviluppo dell'*acidosi diabetica*.

KÜLLES (Cologna), fa la proposta di pungere gli essudati del pericardio dal IX o X spazio intercostale nella linea scapolare. Così viene effettuato un drenaggio colla pleura, che è di gran vantaggio per la guarigione della pericardite. Questa proposta fu favorevolmente discussa.

BÜRKER (Geissen) ha trovato due leggi importanti per la biologia e patologia:

1) Anche nelle grandissime variazioni del numero assoluto dei globuli rossi viene sulla loro unità superficiale sempre la stessa quantità d'emoglobina;

2) La quantità assoluta dell'emoglobina sta come il quadrato del diametro dei globuli rossi. Nell'uomo come nell'animale si arriva in tal modo quasi alla stessa costante.

HOFFMANN (Würzburg) ha trovato un metodo per misurare la *soglia d'irritazione dei riflessi tendinei* (Riflessi propri). L'apparecchio muscolare dei riflessi propri è un organo ricettorio di massima sensibilità.

WEIZSÄCKER (Heidelberg), riferisce sopra i *movimenti di riflesso* e la *loro dinamica*. Le articolazioni stesse possiedono una regolazione involontaria per ogni cambiamento del loro portamento e movimento.

Queste le più importanti relazioni e comunicazioni al XXXIV Congresso di medicina interna tedesca. Ma anche gli altri rapporti e dimostrazioni, non riferiti qui per brevità, furono quasi ognuno di valore scientifico.

È naturale, che la tendenza esperimentale, che si trovava nella maggioranza degli studii comunicati, non può produrre ad ogni passo un effetto immediatamente pratico. Forse fu il Congresso da questo lato, un poco unilaterale; il presidente Brauer (Amburgo) manifestava la speranza che la prossima volta le dimostrazioni pratiche saranno più estese.

Il Congresso era largamente frequentato da studiosi tedeschi, austriaci ed italiani. Speriamo, che nel prossimo anno (a Vienna) i colleghi italiani non mancheranno di trovarsi in grandissimo numero per legare più fortemente i vecchi vincoli scientifici che uniscono la nazione dei Baccelli, Banti, Morgagni, con quella dei Virchow, Ehrlich e Skoda.

A. NEUMANN (Vienna).

II I Congresso degli Igienisti.

(*Napoli*, 25-28 *maggio* 1922).

Al folto numero degli intervenuti, hanno portato il saluto il sindaco Geremicca, il prof. Caro, il Prefetto, il prof. Rossi, il prof. De Blasi. Il discorso inaugurale venne tenuto dal prof. Sclavo sulle finalità dell'igiene, sui gravi problemi di cui urge la soluzione e fu vivamente applaudito.

Nelle visite agli impianti sanitari, i congressisti hanno potuto ammirare il grandioso sviluppo di Napoli, nel campo igienico e sociale; la meravigliosa opera della fognatura, illustrata dagli ingegneri Mastellone e D'Amelio ha lasciato in quelli la migliore impressione. Interessante pure è riuscita la visita ai lavori del *tunnel* della Direttissima ed agli impianti delle Ferrovie di Stato per la disinfezione delle carrozze ferroviarie.

Sono state vivamente apprezzate le benefiche e numerose istituzioni di igiene sociale e di assistenza, che la città di Napoli ha saputo creare in breve spazio di tempo. Sono fra esse il Dispensario di Igiene Sociale, la Scuola all'aperto, la Nave-scuola «Caracciolo», l'Asilo-scuola a Marechiaro, il Preventorio di Villa Santobono. Altre visite ben gradite sono state fatte all'Istituto di Igiene diretto dal prof. De Blasi, alla Stazione zoologica, alle Terme di Agnano.

I temi ufficiali, trattati al Congresso furono i seguenti:

I. *Alcoolismo*. — È stato svolto da cinque relatori: il prof. L. Bianchi prospettò in un breve e lucido discorso i danni ad i pericoli dell'alcoolismo quale deprimente delle virtù della razza. Il prof. Amaldi (Firenze) trattò sui rapporti fra alcoolismo e malattie mentali in Italia, mentre la questione dell'alcoolismo come predisponente ed aggravante delle malattie venne svolta dal prof. Bianchini (Lucca). La parte legislativa era stata affidata al sen. Garofalo che pose in rilievo la necessità di porre un termine al trattamento ingiustificato di favore che la legge fa a delinquenti in stato di ubbriachezza, ed al prof. Vivante che esaminò tutte le possibili provvidenze legislative capaci di limitare il danno sociale dell'alcoolismo. Ma l'alcoolismo va studiato anche dal punto di vista dell'agricoltura e degli effetti che può avere sull'economia nazionale l'eventuale soppressione dell'uso del vino. Il dott. Levi Morenos richiamò appunto l'attenzione su tale lato del problema, impostando la formola della viticoltura alimentare, che renderebbe notevoli vantaggi per le possibili esportazioni.

II. *Corsi di perfezionamento per ufficiali sanitari* (prof. O. Casagrande). — I corsi bimestrali per ufficiali sanitarî sorti col Decreto del 1898, furono considerati il toccasana ed ebbero comunque il vantaggio di creare la coltura necessaria agli ufficiali sanitarî dei piccoli Comuni, e, dove erano fatti bene, rappresentarono anche l'incentivo per allargare in seguito la propria coltura igienica. Oggi però essi mancano completamente allo scopo. È quindi necessario istituire vere scuole di igiene e forse anche una Facoltà igienica la quale tragga le sue origini dal tipo della Scuola creata ed individuata in Roma da Luigi Pagliani. L'insegnamento dell'Igiene nelle scuole universitarie va comunque integrato da un periodo di pratica, fatto presso Comuni, che abbiano un vero Ufficio sanitario costituito ai sensi della legge. Gli attuali corsi per ufficiali sanitarî devono essere riservati ai soli dottori in medicina e zooiatria. I concetti dell'O. vennero sintetizzati in un ordine del giorni, approvato all'unanimità.

fil.

Società Medica Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 marzo 1922.

Sulle funzioni della regione parietale dell'uomo.

CARLO BESTA, dell'Università di Messina. — L'O. ha studiato il modo di comportarsi delle funzioni sensitive, motrici e riflesse in circa cento casi di ferita della regione parietale, comprendendo in essa la parietale ascendente e le due circonvoluzioni parietali.

Dalle sue indagini risulta quanto segue:

Sensibilità. — Nelle lesioni della parietale ascendente si constatano disturbi di tutte le forme di sensibilità, superficiale, cioè, e profonda: questi hanno spesso una topografia radicolare e si riferiscono alla sensibilità elementare o primaria. Nelle lesioni del lobulo parietale sono alterate le percezioni complesse: si osservano quindi disturbi di localizzazione, della stereognosi, della esatta percezione degli atteggiamenti passivi complessi, mentre la sensibilità primaria è spesso perfettamente normale.

Motilità. — La regione parietale non ha funzione motrice propriamente detta; quando è lesa però si hanno disturbi motorii che l'O. ha potuto mettere in evidenza con prove in massima parte originali, documentandole con numerose fotografie. Essi sono essenzialmente di tre tipi: *a*) disturbi che appaiono nei movimenti ed atteggiamenti non controllati dalla vista (disturbi di direzione, incapacità a mantenere determinati atteggiamenti volontarii); *b*) disturbi nella capacità di arresto dei movimenti; *c*) disturbi che si dimostrano con prove nelle quali si richiede lo sforzo armonico e sinergico di tutta la muscolatura del corpo: essi si esplicano con incapacità a far partecipare allo sforzo determinati muscoli e gruppi muscolari, i quali entrano invece in uno stato di contrazione spasmodica autonoma determinando atteggiamenti e movimenti che sfuggono al controllo volontario.

Riflessi. — I riflessi superficiali sono costantemente diminuiti: i profondi assumono un carattere quasi atassico, disarmonico, dovuto all'ipotonia muscolare.

L'O. insiste sui disturbi della *motilità*: dalle sue indagini risulta che la regione parietale ha funzione per eccellenza prassica, dipendendo da essa la regolarità, il ritmo, la direzione, la misura dei movimenti volontari.

Sulla gelatinizzazione del siero di sangue nella lue, tubercolosi ed altre forme morbose.

B. SALKIND. — L'O., dopo aver accennato sulla reazione di Gaté e Papacostas riguardo alla gelatinizzazione dei sieri luetici trattati con formolo del commercio, riferisce il risultato delle proprie ricerche in questo senso su un totale di 259 sieri appartenenti a svariatissime forme morbose.

Su 51 sieri colla reazione di Wassermann positiva l'O. ha ottenuto 15 gelatinizzazioni con formolo (circa 30 %).

Su 50 sieri Wassermann negativi, 12 reazioni positive con formolo (24 %).

Fra le forme morbose di origine non luetica, l'O. ha constatato una grande percentuale di siero-formol-gelatinizzazione nelle varie forme di tubercolosi, che su un totale di 72 casi esaminati davano 50 sieri gelatinizzati (circa 70 %).

I sieri delle persone affette da tubercolosi polmonare grave in stato di cachessia non dànno la reazione di Gaté e Papacostas. Nello stesso modo si comportano i sieri delle tubercolose nel periodo di gravidanza.

Studiando la siero-formol-reazione in diverse altre forme morbose, l'O. ebbe, su un totale di 86

sieri osservati, 19 casi di gelatinizzazione, comprendendo fra questi anche le pleuriti d'origine tubercolare.

G. REINA. — *Applicazione de' metodi fotografici per allestire preparati permanenti di bacteri che si decolorano facilmente* (riportata integralmente in altro fascicolo del giornale).

I manoscritti di Gaspare Aselli.

V. DUCCESCHI. — L'O. illustra i manoscritti dello scopritore dei vasi chiliferi, manoscritti rinvenuti nel Museo Civico di Pavia e nella Biblioteca Trivulziana di Milano.

L'O. fa notare che ricorre quest'anno il terzo centenario della scoperta dei vasi linfatici, che è gloria dell'Aselli, e fa voti che l'Università di Pavia voglia ricollocare un ricordo marmoreo dell'illustre Anatomico, in luogo di quello distrutto vari decenni or sono.

A. GASBARRINI.

R. Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 24 marzo 1922.

Presidenza: Prof. G. B. RIZZO.

Sulla proprietà emoimpilante dei sieri umani. (Nota 2a).

L. LATTES. — L'O. riferisce su alcune ricerche da cui risulta che i lipoidi hanno grande importanza per il fenomeno dell'impilamento, in quanto che la lecitina lo impedisce completamente, mentre la colesterina lo fa ricomparire anche nei sieri ove esso sia scomparso, sia spontaneamente per l'azione fermentativa precedentemente studiata, sia per l'aggiunta della lecitina.

La sostanza isoagglutinante del sangue e la sua dimostrazione per la diagnosi individuale delle macchie.

D. V. SIRACUSA. — Dagli studi dell'O. si giunge alla conclusione che quando la diagnosi individuale (di gruppo) di una macchia non può esser fatta mediante la ricerca dell'agglutinina perchè distrutta dal tempo o dalle condizioni di ambiente, o perchè il sangue in origine non la conteneva, si può raggiungere l'intento o accertando l'assorbimento specifico da parte della macchia delle singole agglutinine di un siero *A. B.*, oppure estraendo con opportuni procedimenti le agglutinine stesse della macchia cui si sian fatte precedentemente assorbire.

U. LOMBROSO e R. MARZIANI (studente). — *Sul comportamento degli enzimi enterici di fronte al calore.*

Nuovo contributo alla conoscenza della piastrinemia

G. DI GUGLIELMO. — 1) La possibilità del passaggio nel sangue periferico di veri e propri megacariociti viene documentata in maniera sicura sopratutto dalla presenza di corpi nucleari assolutamente caratteristici, non soltanto per la speciale struttura e le enormi proporzioni, ma anche per l'aspetto di figure in gemmazione, come se si trattasse di «più nuclei fusi incompletamente ed irregolarmente insieme».

2) In questi tipici nuclei megacariocitici si osservano costantemente due gruppi di fenomeni:

a) processi di segmentazione che portano alla suddivisione della primitiva massa gemmante in più o meno numerosi corpi nucleari, diversi per forma e grandezza ma sempre identici per la caratteristica struttura;

b) fenomeni di lisi più o meno accentuati, del tutto simili a quelli che si osservano negli organi emopoietici a carico dei nuclei megacariocitici.

3) La megacariocitosi — considerevole in alcune forme di mielosi leucemica cronica, assai scarsa o del tutto assente in altre — è l'espressione del diverso grado di partecipazione del sistema megacariocitico al processo morboso che ha colpito il tessuto mieloide.

4) Questi nuclei megacariocitici possono essere nudi, ma più frequentemente sono circondati da masse protoplasmatiche nelle quali costanti, numerose e caratteristiche sono le figure di Wright, considerate quali manifestazioni di un processo di piastrinogenesi.

5) D'ordinario la piastrinemia s'accompagna a piastrinosi; ma vi sono dei casi con piastrinopenia, nei quali il quadro ematico è in funzione non delle variazioni quantitative delle piastrine ma della presenza di megacariociti in piastrinogenesi nel sangue periferico, analogamente a quanto si verifica nelle forme di leucemia con leucopenia e di eritremia con eritropenia.

Sulle modificazioni del contenuto in lipoidi del fegato dopo tiroidectomia.

C. ARTOM. — Dai dati sperimentali dell'O. appare che nel fegato degli animali stiroidati il contenuto in acidi grassi totali è diminuito in misura cospicua: tale diminuzione avviene esclusivamente a carico degli acidi grassi fosfatidici, mentre i gliceridi si presentano aumentati, non solo in misura relativa, ma anche in misura assoluta. Ne consegue altresì un notevole spostamento dei rapporti acidi grassi fosfatidici, acidi grassi totali e colesterina, acidi grassi fosfatidici. Le modificazioni accennate sono verosimilmente l'espressione di profonde alterazioni nel ricambio intermedio delle sostanze grasse in seguito all'ablazione della tiroide.

S. RACCHIUSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le metrorragie delle giovanette.

Nelle giovani, supposte vergini, per la diagnosi eziologica delle metrorragie, occorre seguire nell'esame clinico un ordine inverso da quello abituale; eliminare dapprima le cause di ordine generale e ricorrere all'esplorazione locale solamente se non si è potuto concludere altrimenti! H. Hartmann (*Rev. mensuelle de gynécol. et d'ostétrique*, 1922, n. 1) osserva che si debbono anzitutto considerare le condizioni dell'apparecchio circolatorio; spesso si troverà una lesione mitrale, specialmente stenosi: il riposo e la digitalina permetteranno il ristabilimento: quando vi sia eccesso di tensione arteriosa, si ricorrerà ad un regime speciale ed all'uso giudizioso di diuretici.

Spesso si tratta di autointossicazione (con piccoli attacchi di enterite, metrorragie prolungate, irregolarità mestruali) oppure di sindrome epatica (subittero, con o senza coliche, o con sensibilità anormale dell' appendice). Occorre in tali casi una dieta rigorosa lattea o latto-vegetariana, con piccole cure di acqua di Vichy o di Wittel (acqua solfato-calcica-magnesiaco) con aggiunta di solfato di soda.

Eliminate tali cause, si procederà all'esame del sangue: la notevole diminuzione e l'alterazione delle emazie consiglieranno il trattamento ferruginoso con manganese: se vi è ritardo di coagulazione o comunque tendenza alla emofilia, si faranno iniezioni di siero.

Alle alterazioni del sangue, si aggiungono spesso disturbi endocrini, residui di malattie infettive, o di tare ereditarie (sifilide, tubercolosi); si cercheranno quindi i piccoli segni di insufficienza tiroidea (estremità fredde, pelle secca, alla obesità precoce) e si tenterà l'opoterapia (estratto tioideo, associato a quello ipofisario e a quello surrenale).

La persistenza delle metrorragie deve orientare verso la ricerca di lesioni della mucosa uterina (polipi, endometrite, neoplasmi), del corpo (fibromi, angiosclerosi), degli annessi tubercolosi, ovarite sclerocistica): *spesso trattasi di eredosifilide annessiale.*

In caso di metrorragie continuate, accompagnantisi a leucorrea ed idrorrea, a secrezioni fetide, che facciano temere un'infezione, si ricorrerà ad un esame locale; l'esplorazione rettale può far riconoscere l'esistenza di un fibroma, o di una lesione degli annessi. Per procedere all'esame vaginale da farsi con precauzione si richiederà l'assenso della famiglia: si potranno trovare polipi, residui placentari (l'imene intatto può lasciar passare gli spermatozoi!), carcinoma (è stato osservato anche a 19 anni), utero angiomatoso, ecc.

Il *trattamento sintomatico*, nell'attesa della diagnosi eziologica, consiste nel riposo a letto, in posizione orizzontale, evitando persino di sedersi sul letto: questo potrà alzarsi dalla parte dei piedi. Il ghiaccio sul ventre, l'hamamelis completeranno questa cura, che sarà sufficiente quando si tratta di semplici disturbi funzionali, connessi con una funzione mestruale non ancora stabilita. *fil.*

Disturbi mestruali in donne tubercolotiche.

Stati patologici e intossicazioni croniche (clorosi, isteria, intossicazione da piombo e da alcool, tubercolosi) determinano spesso un aumento e un prolungamento del flusso mestruale, mentre le infezioni acute determinano spesso amenorrea. Nella tubercolosi a decorso tipico, cronico progressivo, i periodi mestruali sono prolungati (durano 6-7 giorni e più) e mantengono tale carattere anche durante i periodi subacuti; le acutizzazioni del processo tubercolare abbreviano la durata mestruale.

L'infezione tubercolare ad inizio acuto talvolta determina un prolungamento del periodo mestruale che prima era normale, di solito però lascia da principio invariato e solo dopo qualche tempo determina un abbreviamento del periodo mestruale, e infine la scomparsa di esso; in questi casi si deve ammettere che l'organismo non sia stato mai antecendemente infettato di tubercolosi, o tutto al più abbia contratto nell'infanzia un' « affezione primaria » rimasta del tutto inattiva. Le anomalie mestruali non hanno valore diagnostico differenziale potendosi esse osservare come nella tubercolosi anche nei vizî cardiaci, in condizioni che determinano fenomeni di stasi (stenosi delle vie aeree superiori, indurimento da collasso, ecc.), nell'isteria, ecc.); possono invece avere un certo valore prognostico. Si può ammettere un processo tubercolare benigno, senza carattere progressivo, quando la donna che ne è affetta presenta fin dall'inizio dei periodi mestruali prolungati; se i periodi mestruali si mantengono invece di durata normale (3-4 giorni) si tratta di solito dell'infezione di un organismo non infettato fin dall'infanzia e la prognosi è molto meno favorevole.

La durata mestruale di meno di 3 giorni in malate non febbricitanti dipende di solito

da contemporanea anemia o clorosi; in malate febbricitanti è un segno infausto, e ancor più lo è l'amenorrea.

(E. GUTH. *Med. Klinik*, n. 20, 1922).

POLLITZER.

Diagnosi e trattamento della peritonite tubaria acuta.

J. W. Struthers (*Edinburgh med. Journal*, aprile 1922) osserva che i casi di peritonite tubaria possono venire divisi in due gruppi: quelli dovuti ad infiltrazione da lesioni infettive croniche degli annessi e quelli dovuti alla diffusione di una infezione tubarica recente. Il risentimento peritoneale viene segnalato da dolore nel basso addome con vomito e febbre; il dolore è bilaterale, ma di solito più accentuato da un lato, e così la dolorabilità alla pressione e la difesa muscolare. La difficolta non consiste nella diagnosi generica di peritonkite, ma nel definire il focolaio di partenza; se i sintomi sono nettamente localizzati alla regione iliaca destra, e se non vi è ricordo di malattie pelviche e non vi sono scoli vaginali, si può concludere per un'infezione tubarica, ma quando i sintomi sono centrali o bilaterali, si rimane nell'incertezza. Il fatto di precedenti disturbi pelvici può dirigere i sospetti verso le tube; il meglio da farsi però è di esaminare la paziente sotto anestesia. Nel caso che si trovino realmente lesioni annessiali, si possono prospettare quattro questioni: se cioè l'intervento possa salvare la vita, abbreviare la malattia, prevenire ricadute, e se possano esservi serî ostacoli. Raramente l'operazione è indicata per salvare la vita, poichè di solito l'infezione non è molto virulenta e l'ammalata può ristabilirsi. Certamente l'intervento, fatto in buone condizioni, abbrevia la malattia, previene le ricadute e non ha controindicazioni. Se però le condizioni per l'operazione non sono buone, si può soprassedere, purchè la diagnosi di infiltrazione da una piosalpinge sia confermata: se invece esistono dubbi, ci si terrà pronti per l'intervento.

Maggiori difficoltà si incontrano con le peritoniti pelviche in cui la diagnosi fra salpingite acuta ed appendicite non è sicura: si può propendere per la prima quando dolore o dolorabilità alla pressione sono in basso e bilaterali, vi è scolo vaginale e l'infezione si presenta di tipo lieve. L'A. in tali casi, di origine streptococcica, ha avuto buoni risultati con l'operazione. Il più spesso però l'infezione è di origine gonococcica e raramente comporta pericolo di vita.

Talvolta la diagnosi è assai incerta: lo scolo vaginale è scarso ed anche può sfuggire, l'esame della pelvi non fa riconoscere lesioni annessiali: un'appendice infiammata risiedente nella pelvi dà un quadro affatto simile alla salpingite. In tali casi, l'A. consiglia la laparotomia: si interverrà sull'appendice se vi si trovano lesioni; le tube spesso sono soltanto arrossate e poco distese da pus. Generalmente l'A. tende ad asportare soltanto quelle che appare più infiammata: talvolta anche, quando l'infezione sembra del tutto lieve, non asporta nulla ed ottiene spesso in tali casi la guarigione. Certamente l'asportazione di entrambe accelera il ristabilirsi della paziente, ma la rende anche sterile. *l. b.*

La terapia dei vomiti della gravidanza.

Carlton Oldfield (*British med. Journal*, 20 maggio 1922) sostiene che il vomito delle gravide è di origine neurotica e lo tratta in conseguenza, con buon successo. Fa entrare l'ammalata all'ospedale od in casa di salute, mettendola di preferenza nelle sale comuni; senza fornirle il vaso per vomitare ed evitando che davanti ad essa si parli di vomito o di malattia. L'infermiera le porta il vitto come agli altri ammalati senza per nulla persuaderla a mangiare; il più spesso la donna mangia la dieta completa e la trattiene, vomitandone tutt'al più qualche piccola porzione per una o due volte; in caso di vomito, la si assicura che esso verrà presto a cessare.

L'A. trova anche vantaggio nel fare un clistere con glucosio al 4 %, per lo più col metodo goccia a goccia; con ciò si calma la sete ed il senso di esaurimento e, combattendo l'acidosi, si diminuisce la tendenza al vomito. Non si usano medicamenti, salvo un purgante se è necessario; non vi è alcuna necessità di una psicoterapia vera e propria. Con questo metodo semplice, l'A. ha ottenuto sempre la guarigione salvo in un caso, in cui dovette provocare l'aborto, perchè la donna, che era assai migliorata dopo l'ingresso all'ospedale, era stata in seguito suggestionata dai parenti i quale le avevano riferito che secondo il parere del suo medico, essa sarebbe morta se non avesse abortito. In qualche caso, in cui il vomito persistette dopo l'accettazione all'ospedale, trattavasi probabilmente di desiderio di metter termine alla gravidanza: questo venne confermato all'A. da una donna, che abortì spontaneamente al sesto mese e gli confessò che essa era intenzionata di non condurre a termine la gravidanza e si provocava il vomito titillando la faringe. In qualche caso, il parlare seriamente alla donna, prospettando i danni dell'aborto e del vomito, ha fatto cessare quest'ultimo del tutto. *r. s.*

Ipertrofia mammaria della pubertà.

D. M. Greig (*Edinburgh med. Journ.*, aprile 1922) ha osservato una ragazza di anni 14 e mezzo, con deficienza mentale e diplegia spastica, incapace di parlare, di costituzione piuttosto gracile, in cui all'epoca della pubertà le mammelle incominciarono ad aumentare di volume.

Tale aumento si fece poi molto rapido, ed in misura tale che le mammelle, in posizione supina, si estendevano su tutto il torace. Sembra che spontaneamente dessero dolori, ma l'ammalata mostrava segni di pena quando le venivano toccate. Le mammelle apparivano congeste, con evidente congestione venosa; i capezzoli piccoli, incavati per projezione delle parti circostanti: le areole ingrandite (a destra un diametro di cm. 7½, a sinistra 4.5). L'ingrossamento non era uniforme per deposito adiposo, ma irregolare come si osserva durante l'allattamento: anche il contorno della mammella era affatto irregolare. Alla palpazione si avvertiva una semifluttuazione. I genitali esterni, salvo pochi peli al pube, avevano il carattere infantile.

In seguito la stasi andò crescendo, si manifestò febbre, ed una necrosi dei tessuti con poca suppurazione, la ragazza morì per setticemia.

Le dimensioni della mammella sinistra alquanto diminuite negli ultimi tempi, ammontavano a cm. 22 di altezza e 28 di larghezza.

All'autopsia, si riscontrarono genitali interni normali a carattere parzialmente infantile. Le mammelle apparivano generalmente ipertrofiche, con iperplasia ghiandolare in forma nodulare: all'esame microscopico si trovò struttura fibrosa con spazî ghiandolari riempiti da epitelio alterato: trattavasi in complesso di formazione nodulare di tessuto ghiandolare, ma non di natura adenomatosa.

L'A passa poi in rivista i casi noti di ipertrofia mammaria, riconoscendo nella forma della pubertà una entità a sè, con sintomi e decorso ben definiti, che esigono urgentemente un intervento chirurgico. *fil*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La via delle infezioni ematogene renali.

K. Walker ha riferito sull'argomento alla Società Reale di Medicina di Londra (*Brith. Med. Journ.*, 8 aprile 1922). Venti anni fa non si ammetteva quasi altra via che l'ascendente, per il lume ureterale. Ma i progressi della diagnostica dimostrarono che solo in casi di ritenzione grave, con insufficienza delle valvole degli sbocchi ureterali, si poteva ammettere questa via, e si diede la massima importanza alla via ematogena, senza escludere l'infezione ascendente per via linfatica. Quest'ultima veduta fu confortata dall'esperimento di Paladino Blandini che dodici ore dopo aver inoculato germi determinati nell'uretra anteriore della cavia, li ritrovò numerosi intorno all'estremo renale degli ureteri, mentre il sangue, l'urina e i reni ne erano esenti.

Risultati analoghi ebbe l'A. col *b. prodigioso*, ed anche con una sospensione di carminio. Egli osservò pure che l'uretere di un vecchio, morto in seguito a ritenzione urinaria, e di una donna alla quale fu estirpato un rene, mostravano germi nel tessuto periureterale e perirenale.

L'ascensione è resa facile per le numerose anastomosi tra i linfatici, nelle quali la corrente non ha sempre la stesa direzione: nelle donne va tenuto conto delle anastomosi tra i linfatici del sistema urinario e del sistema genitale.

Anche il b. tubercolare potrebbe seguire la via linfatica, secondo l'A.

Per certe forme di nefrite cronica interstiziale bisogna ammettere la via ematogena: non è però improbabile che ripetute invasioni linfatiche di germi poco virulenti possano cagionare una fibrosi della zona corticale e ispessimento della capsula; in questi casi forse giova la decapsulazione del rene.

T. Horder osserva che i reperti anatomopatologici riferiti non sono probativi di un'infezione ascendente per via linfatica. In un caso di piemia da stafilococco aureo il tessuto renale era poco leso, e lo era molto più la capsula, così come vi era pleurite senza evidente localizzazione polmonare.

F. Kidd osserva che la rarità della tubercolosi renale bilaterale parla contro un'infezione ascendente linfatica, ma D. Embleton osserva che la lentezza del processo, secondo quanto gli risulta da esperimenti negli animali, potrebbe dar ragione del fatto. F. H. Tale conferma le vedute di Walker: ha notato una differenza netta, negli animali, tra il quadro dell'infezione ematogena e dell'infezione linfatica ascendente. DORIA

IGIENE.

Orecchio e bagni.

I bagni sia di mare, sia d'acqua dolce sono controindicati negli otorreici e negli individui con lesioni croniche della tromba e della cassa, ed ancor più in quelli colpiti da affezioni oto-rino-faringee acute.

Si comprende facilmente l'influenza dannosa che può esercitare sulla mucosa oto-tubaria il contatto irritante dell'acqua salata che va a colpire con una certa violenza le pareti della cassa e della tromba. Inoltre, in prossimità alla riva, l'acqua di mare, e così pure l'acqua dolce, è carica di germi patogeni, che possono trovare un buon terreno in mucose rese sensibili da irritazioni anteriori, e determinare quindi infezione della cassa dell'antro o della tromba.

Sotto l'azione dei bagni, specialmente se si fanno esercizî di tuffo, l'otite media, anche disseccata e latente, può entrare in seria attività e determinare processi che metteranno capo alla sordità.

A. Cantonnet (*Journal des praticiens*, 18 marzo 1922) consiglia quindi agli individui con lesioni oto-rino-faringee di astenersi dai bagni di mare come da quelli di acqua dolce: maggiore è il rischio degli otorreici quando si danno ad esercizi di nuoto o di tuffo.

Se proprio non si può ottenere dagli otitici che si astengano dai bagni, bisogna insistere presso di essi, perchè proteggano le loro casse del timpano per mezzo di berretti gommati, che si applichino bene e siano aderenti ai padiglioni, e che introducano dapprima nell'orecchio un tampone di cotone.

Se vogliono immergere la testa, prendano la precauzione di otturare le due narici, per evitare la penetrazione dell'acqua nelle trombe e quindi nell'orecchio medio. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1284) *Il ritmo delle recidive malariche.* — Al dott. L. M., abb. n. 4198(1):

Non esistono leggi fisse che regolino il sopravvenire delle recidive malariche. Però, studiando il corso di esse, si vede che la malaria, da qualunque specie di parassita sia determinata (pl. malariae, pl. praecox e vivax), non è così capricciosa come a primo aspetto potrebbe sembrare.

Le *recidive* cioè a *breve scadenza* insorgono dopo un determinato periodo di tempo, che si suole comprendere tra il settimo o un giorno che corrisponde ad un multiplo di sette. Naturalmente queste cifre devono essere intese con la stessa larghezza, con cui si intendono per es. i settenari tifosi, ecc. Tale periodicità ritmica delle recidive è stata messa in rapporto col ciclo di evoluzione di speciali forme del parassita, le quali sarebbero devolute al mantenimento della specie nell'organismo umano, e che da molti sono identificati nei gameti. Al ritmico insorgere della recidiva è legata una razionale *metodica di cura*, poichè nel momento della recidiva sono in circolo le forme febbrigene asessuate, che possono facilmente essere vinte dalla chinina. Conoscendo il ritmico succedersi delle recidive si possono più facilmente prevenire e d'altra parte distruggere al loro primo sviluppo nel circolo quelle forme asessuate, da cui, dopo poche generazioni si selezionano le forme di resistenza, i gameti. *t. p.*

(1285) *Sulle analisi delle urine.* — Al dott. N. A., abb. n. 3143(1):

Non esiste, e non potrebbe esistere, un volume che dalla analisi delle urine permetta di rimontare alla diagnosi clinica. Ogni manuale di analisi fornisce quelle nozioni *sul valore semeiologico* dei reperti utili alla clinica. Sulle *fosfaturie*, troverà quanto richiede in un trattato sulle malattie del ricambio per es. sull'Umber, che abbiamo più volte consigliato. Un *comune densimetro* può essere usato per il peso specifico delle urine. *t. p.*

(1286) *Accessi di soffocazione.* — All'abb. numero 3947, S. Rufo:

Se le conclusioni diagnostiche sono state differenti da parte di due medici, che hanno direttamente veduto e studiato il malato, lei comprende che sarebbe presunzione imperdonabile emettere sia pure una ipotesi in base alla relazione di uno dei medici. Ripetiamo ancora una volta che la diagnosi non può che essere il resultato di un esame diretto, la mirabile costruzione fondata su un ragionamento, illuminato da fatti obbiettivi e da sapiente esperienza clinica. *t. p.*

(1287) *Sanatorii per tubercolotici.* — Al dott. L. Albano, Fasano, abb. n. 9149(2):

Nell'Italia Centrale i sanatorii sono molto scarsi: ve ne è uno a Budrio, uno a Livorno e vi è un ospedale-sanatorio a Cisanello presso Pisa. Sono tutti stabilimenti a tipo popolare.

Trattandosi di un caso a carattere prevalentemente emottisico ritengo che Livorno, Pisa e le spiaggie marine in genere siano poco indicate. All'infuori dell'Italia Centrale, fra i più consigliabili al suo caso sono il Sanatorio Umberto I di Prasomaso (Sondrio) od il Sanatorio della Pineta di Sortenna presso Sondalo.

G. MENDES.

VARIA

La tutela igienica del matrimonio.

Capasso prendendo occasione della promulgazione in Norvegia di una legge sulla tutela del matrimonio rileva nella *Critica Sociale* come in Italia un problema di tal fatta non venga preso neppure in considerazione.

Egli osserva che dove esistono vivaci ed esasperanti le lotte e le risse di fazioni, la paresi del lavoro e della produzione, la disoccupazione con le conseguenti asprezze della vita spirituale e materiale certi problemi destinati a produrre lontanamente il bene dell'individuo, della famiglia e della razza lasciano indifferenti tutti.

In effetti forme sia pure rudimentari di legislazione per la difesa della salute dei coniugi e dei figli esistono presso nazioni economicamente e culturalmente più progredite. L'America ha fatto qual cosa. In Germania il Consiglio superiore di igiene pubblica richiede dai futuri sposi un certificato di buona salute che rimonti a non oltre 4 settimane prima del matrimonio, prescrivendo che, nel caso si riscontri malattia venerea, il certificato dica genericamente che esiste un impedimento igienico al matrimonio, di cui per altro i fidanzati possono non tener conto.

Ma una codificazione precisa l'abbiamo solo ora, in Norvegia, dove il grave argomento della profilassi della generazione è stato guardato, non come un fatto episodico, ma come un anello essenziale di quella catena di provvedimenti legislativi che tendono alla difesa integrale della razza e, per ciò stesso, alla tutela del proficuo lavoro, che è benessere, prosperità e vita delle Nazioni.

Un articolo della legge impone a tutte le persone desiderose di unirsi in matrimonio la esibizione, insieme con tutti gli altri documenti, di un certificato medico da cui risulti che gli sposi sono esenti da sifilide e da altre malattie veneree. Viene praticata una severa indagine sulla autenticità e veridicità dei certicati medici: la riconosciuta falsità di essi dà luogo a severissime sanzioni penali. Se uno degli sposi risulta affetto da malattia venerea, anche benigna, dovrà essere sottoposto a visita medica, il cui risultato verrà comunicato al futuro coniuge, che potrà pigliare le sue determinazioni con cognizione di causa. All'uopo la legge dà norme per una efficace opera di propaganda spregiudicata per difendere le cognizioni dei gravi danni che anche le malattie considerate come lievi possono produrre nei genitori e nella specie.

La nuova legge non impone gravi sanzioni penali ai trasgressori, e ciò per non esercire in materia tanto delicata la libertà individuale.

Certo tal forma di legislazione mira ad effetti pratici unicamente per influenza morale.

D'altra parte un popolo, come il Norvegese, che è già tanto innanzi nella osservanza quasi religiosa di altre leggi di igiene e di previdenza sociale non ha bisogno di grande opera di propaganda per adattarsi a nuove disposizioni, nelle quali intravede un sempre migliore avviamento a forme di vita meno dolorose e meno imperfette. Per questo non durerà fatica ad intendere quanto vi sia di altamente umano nell'impedire che vadano a matrimonio, corazzati da una colpevole incoscienza familiare, sposi con gravi manifestazioni luetiche in atto, per consumare così, con la mirabile funzione dell'atto generativo, un vero e proprio delitto. Ciò non soltanto per la salute dei coniugi che non vedranno più trasformato il talamo nel letto della cronica sofferenza avvelenatrice e consumatrice della loro giovinezza, ma, sopratutto, per i poveri esseri incolpevoli, che sarebbero altrimenti condannati a portare, fin dal primo giorno della loro innocente e già contaminata vita, le tare mortali germinate da mostruosi accoppiamenti, il cui epilogo è il contagio, la gomma, il male cardiaco, la tabe, la paralisi progressiva, la morte.

L'A. invoca per il nostro paese analoghe disposizioni legislative, che sono tanto più urgenti in questo febbrile periodo di ricostruzione della razza, così paurosamente colpita dalla guerra, con le sue distruzioni di vite giovani e con le preoccupanti avarie residuate ai superstiti nel campo delle malattie luetiche e mentali.

Fenomeni biologici collettivi che fanno capo a leggi naturali, a necessità di riequilibrio, all'ansia di colmar presto i vuoti verificatisi nei quadri della umanità, spingono ad intensamente generare. In questa ansiosità tumultuosa ed irreflessiva di godere e di procreare, fomentata da un incontestabile rallentamento dei «veti» della così detta morale pubblica, non si dà peso — e ciò è colpevole — alle gravi infezioni del sangue, che tramandano poi alle generazioni le loro tare irriducibili. La sifilide, fra tutte, con le sue paurose elencazioni che ci pervengono dai nosocomi e dai manicomi, si affanna, industre ed indisturbata, a compiere le sue devastazioni, con la complicità abulica dello Stato, che appare persino orgoglioso della libertà che ha accordato al prosperare delle malattie sessuali.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ottimismo e pessimismo dei medici.

I medici moderni, nell'esercizio della loro professione, tendono generalmente al pessimismo. Nulla di più pernicioso per la salute degli infermi, per il successo dei medici.

Il pessimismo è diventato uno snob, una maniera. Il medico che si abbandoni scientemente o incoscientemente alla visione lieta e favorevole dell'avvenire, che creda alla guaribilità delle malattie, alla efficacia delle cure, si ritiene inferiore.

Un clinico inglese affermò che l'opera del medico si può riassumere in tre virtù: fede, speranza e carità. La diagnosi è un atto di fede, la prognosi è un atto di speranza, la cura è un atto di carità.

Purtroppo oggi è raro trovare medici che pratichino queste virtù, o per lo meno che le pratichino tutte e tre e con quella sicurezza e sincerità che le renda effettivamente efficaci.

L'abito scientifico, l'orgoglio professionale, il senso di responsabilità rendono sempre più dubbiosi, prudenti, perplessi, incerti a tutto scapito di quel che è il vero mandato nel medico.

L'accertamento diagnostico ha preso il sopravvento. Ogni cura si mette nel precisare la natura, la sede, i limiti di una lesione. Poche e poco persuasive parole si spendono per la cura, meno ancora se ne pronunciano per infondere nel malato la fede nella guarigione, la fiducia nelle cure.

Il virtuosismo prende il sopravvento su l'arte. E così molti medici tradiscono le finalità della loro missione.

Si tende a tenere l'ottimismo in dispregio perchè esso è più il prodotto del cuore che del cervello, più delle emozioni che della ragione.

I medici per la loro educazione hanno in pregio solo le qualità dell'intelletto ed hanno in sospetto ciò ch'è il prodotto di emozioni e di stati sentimentali.

Eppure questa tendenza non tiene conto della enorme forza dei sentimenti e delle emozioni.

In effetti sarebbe difficile stabilire se l'umanità progredisca più per l'azione del sentimento che per quello della ragione. Certo questa senza l'altro e viceversa riescirebbero sterili. Il progresso è la risultante dell'azione combinata di queste due facoltà dello spirito.

L'ottimismo è una mescolanza di fede e di immaginazione, di fede illuminata sopra tutto. E la fede spezza i monti.

L'ottimismo è suscitatore di energia, di ardimento e conduce al successo: lo scetticismo porta all'apatia, all'inazione, alla paralisi. L'ottimismo è indispensabile alla vita sociale, è la vitamina senza della quale non è possibile lo sviluppo.

Tale affermazione è applicabile a quasi tutti i fatti umani, ma lo è sopra tutto per la pratica medica.

L'abilità del medico, e quindi la efficacia della sua opera, consiste in buona parte nel saper trasfondere nel malato quel senso di fiducia, che non può essere indotto se non da uno stato di sereno ottimismo.

L'azione del morale sul fisico non è oramai più discutibile. La serenità dello spirito, la fiducia nella virtù delle medicine, la fede nella guarigione, il tono sentimentale elevato hanno un'azione terapeutica delle più efficaci.

È risaputo che le ferite di guerra guariscono più rapidamente nei soldati vincitori, che in quelli vinti. E ciò non è solo in rapporto con la migliore organizzazione dei servizi sanitari.

E forse le epidemie attecchiscono e si diffondono negli eserciti che hanno subito o si preparano a subire la disfatta, più in conseguenza dello stato depressivo dei soldati che per la deficienza dei mezzi profilattici.

Del resto è di osservazione comune che dudante le epidemie contraggono la infezione più facilmente coloro che sono più paurosi e più preoccupati di contrarla.

Il fenomeno dei miracoli, di cui ogni religione ed ogni santuario vuole avere il monopolio, è rientrato nel campo delle possibilità scientifiche. Per alcune malattie basta la semplice rappresentazione mentale della guarigione, perchè questa si verifichi; basta solo la fede ferma, incrollabile nella efficacia delle cure perchè queste agiscono con effetti sorprendenti.

In realtà l'elemento curativo più efficace contenuto in una pillola, in una bottiglia, in una fialetta è la fede che essa può giovare.

La grande maggioranza dei medici sa ciò, ma pochi si valgono di questa nozione.

L'errore sta nel fatto che si vuol trasportare nella pratica l'abitudine contratta durante gli anni della preparazione scientifica. Molti medici trattano i loro malati come se si trovassero di fronte ad animali da laboratorio. Non tengono alcun conto dell'elemento psichico che nell'uomo è preponderante.

La scienza soffoca la missione.

Un sì fatto contegno conduce generalmente

ad insuccessi, che a loro volta rafforzano lo scetticismo nei malati e nei medici.

Oggi è segno di buon gusto e di spirito non credere alle medicine e ridere dei medici.

E ciò fa male a tutti.

Molière non poteva rendere all'umanità un servigio peggiore con la sua satira atroce contro i medici. Anche se i sanitari suoi contemporanei gli davano il diritto di coprirli di ridicolo, il discredito che egli gettò sulla medicina si risolse a tutto danno dei sofferenti.

Purtroppo i medici nulla fanno per contrastare questa tendenza, anzi sembra vi si adattino.

Lasciandosi invadere e sopraffare dallo scetticismo essi si rendono incapaci ad assolvere utilmente la loro missione.

Non può infondere la fede chi non crede. Non può dar gioia chi è triste.

Se i medici continueranno a lasciarsi trascinare da questo vezzo che svalorizza le medicine e chi le consiglia, si faranno soppiantare dagli industriali dei farmaci e dai ciarlatani che su tutte le pagine dei giornali quotidiani sanno così bene rappresentare la virtù dei loro prodotti.

Costoro mostrano di conoscere i bisogni psicologici del pubblico più di quei maestri di psicologia, che pretendono essere i medici.

Gli annunzi e le figure suggestive, i consigli dati per piccola posta, anche se nascondono qualche ribalderia più raffinata di quelle che si nascondevano dietro il tempio di Aesclepleion, soddisfano meglio che le prescrizioni senza convinzione del più onesto medico.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione di specialisti.

È stata fondata a Palermo un'Associazione dei Medici Chirurgi Specialisti, che ha per scopo fondamentale di apportare all'esercizio professionale degli specialisti quel sostegno e quel controllo di cui allo stato attuale si sentiva vivamente il bisogno.

Le elezioni dell' Ordine dei Medici di Roma annullate.

Il Consiglio Superiore di Sanità, su relazione del consigliere Crisafulli, ha annullato le elezioni avvenute in febbraio in seno all'Ordine dei Medici di Roma, per vizio di forma.

Negli Ordini dei Medici.

NUOVI CONSIGLI PER IL BIENNIO 1922-1923.

Avellino: Presidente, prof. Francesco Paolo Sgobbo; segretario, Alfonso Masucci; tesoriere, Giuseppe Sirignano; consiglieri: Aurilia Enrico, De Vito Aristide, D'Urso Antonio, Ficca Francesco (quest'ultimo si è dimesso).

Cagliari: Presidente, Ruggeri Marchei; vice-presidente, prof. Pinna Giuseppe; tesoriere, Mereu Armando; segretario, Manca Massimo; consiglieri: Anchisi Tomaso, Siotto Speraindio, Cruccu Virgilio.

Pavia: Presidente, prof. Clemente Bialetti; vice-presidente, Carlo Omodei Zorini; segretario, Gianfranco Capuani; segretario aggiunto, Luigi Magnaghi; tesoriere, Severo Flarer; consiglieri: prof. Gaspare Bergonzoli, prof. Giovanni Morone, Emilio Busnengo.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Al Consiglio Superiore di Sanità.

Il Consiglio Superiore di Sanità — recentemente ricostituito per compiuto triennio di quello precedentemente in carica — si è adunato sotto la presidenza del senatore Golgi.

Il Direttore Generale della Sanità pubblica comm. Lutrario dopo aver rivolto un cordiale deferente saluto al Presidente e ai componenti delle nuove provincie, ha riferito sulle condizioni sanitarie all'interno e all'estero, e sull'opera svolta, nell'ultimo anno, dall'Amministrazione della Sanità pubblica.

Quanto allo stato sanitario all'interno del Regno, il comm. Lutrario ha rivelato innanzi tutto, come le condizioni sanitarie generali si siano mantenute, nel loro complesso, più che soddisfacenti, accennando al successo riportato nella gravissima epidemia di vaiuolo scoppiata durante la guerra, ed ormai completamente domata e all'ultima ondata di influenza, seguita da scarsissime manifestazioni episodiche di encefalite letargica.

Passando alle malattie di importanza sociale, si è intrattenuto in particolar modo sui risultati ottenuti nella lotta antimalarica, sulla sempre più intensa azione di difesa sociale della tubercolosi, svolta dalle sempre più numerose e fattive iniziative validamente sorrette dal Ministero, specialmente a favore dell'infanzia gracile e predisposta alla malattia, sulle provvidenze escogitate per avviare la pronta attuazione delle nuove disposizioni regolamentari sulla profilassi delle malattie veneree, di imminente emanazione, argomento col quale si connette la disposta soggezione dei prodotti arsenobenzolici alla vigilanza in vigore per i vaccini ed i sieri.

Accennando ai numerosi provvedimenti già attuati e in corso di preparazione e di studio, in materia specialmente di assistenza medica e farmaceutica, ha potuto informare la trasformazione delle condotte piene in residenziali essere un fatto compiuto in tutto il regno, l'azione governativa avendo potuto aver ragione delle opposizioni offerte nelle pochissime provincie che vi si erano dimostrate fino all'ultimo recalcitranti, e ha dato notizie sull'azione spiegata dal Ministero per il miglioramento economico dei sanitari comunali, sui criteri informatori di nuove disposizioni già predisposte in materia di esercizio delle professioni sanitarie nel Regno da parte dei laureati all'este-

ro, di produzione e commercio di specialità medicinali, di repressione dell'abusivo commercio delle sostanze stupefacenti, sugli studi in corso per la compilazione delle tariffe ufficiali dei medicinali, per la riforma del regolamento generale sanitario, per l'estensione alle nuove provincie delle vigenti disposizioni in materia di sanità pubbilca.

Nei riguardi dell'Estero, il comm. Lutrario ha posto in rilievo il permanere delle gravi condizioni sanitarie nell'Oriente europeo, specie in Russia, accennando alla lotta sostenuta dalla Polonia, per impedire e contenere il dilagare delle infezioni che vi erano importate dalla Russia e ciò a salvaguardia non solo del proprio territorio, ma anche di quello del resto dell'Europa.

Ha ricordata la riunione dell'apposita conferenza internazionale tenutasi a Varsavia nel marzo scorso, dietro iniziativa appunto del Governo Polacco: conferenza, le cui conclusioni favorevoli ad un intervento dell'organizzazione d'igiene della Società delle Nazioni, furono poi approvate dalla Conferenza di Genova.

Il comm. Lutrario ha poi trattenuto il Consiglio sui lavori finora compiuti dal Comitato dell'Ufficio internazionale d'Igiene pubblica in Parigi, per la modificazione della convenzione sanitaria internazionale del 1912, dando notizia dei criteri da lui sostenuti quale rappresentante dell'Italia in quel Comitato per un radicale mutamento dell'orientazione della profilassi internazionale, per renderne la disciplina più consona ai bisogni e alle esigenze della sanità e del commercio insieme.

Si è soffermato, infine, sulla necessità di una più rigorosa disciplina dei provvedimenti sanitari riguardanti i pellegrinaggi musulman ai Luoghi Santi, mettendo in rilievo con l'imponenza del fenomeno i pericoli sanitari che vi sono connessi, aggravati dal nuovo stato politico derivato dalla guerra e dall'apertura al traffico di nuove e più rapide vie di comunicazione e, in relazione a ciò, esponendo la necessità del funzionamento di organi periferici internazionali, competenti e autorevoli, facenti capo al Comitato d'igiene della Società delle Nazioni, per assicurare nei punti nodali del movimento la imprescindibile coordinazione dei servizi.

Dei lavori del Consiglio daremo notizia sommaria prossimamente.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Ferrara*: Dottori: Orta Francesco, Argenta — Doni Carlo, Bondeno — Nibbio Aniceto, Comacchio — Simonini Enzo, Argenta — Squarcia Augusto, Argenta — Pagnanelli Gino, Copparo — Fussi Camillo, Ostellato — Mandrasi Giuseppe, Berra — Chiappini Raffaele, Cento — Novi Alfredo, Ferrara — Toto Alfredo, Migliarino — Frabetti Antonio, Vignarano Mainarda — Franchini Amilcare, Ferrara — Maccanti Antonio, Formignana — Franceschini Augusto, Migliarino — Buzzoni Giovanni, Ro — Gentilini Antonio, Sant'Agostino — Cappati Attilio, Berra — Bandiera Eugenio, Ferrara — Venturi Ercole, Formignana — Balboni Aldo, Portamaggiore — Foschini Giovanni, Portamaggiore — Rossi Domenico, Ro — Evangelisti Paolo, Sant'Agostino — Giovannini Giuseppe, Sant'Agostino — Franceschini Bruno, Sant'Agostino.

Provincia di *Macerata*: Dottori: Andrenelli Vincenzo, Recanati — Fabbri Fernando, San Severino — Cangini Ettore, Treia — Franchi Aessandro, Urbisaglia — Compagnucci Ruggero, Loro Piceno — Fontana Euterio, Camerino — Pizzini Filippo, Fiuminata — Catinari Giovanni, Civitanova — Cristallini Giuseppe, Montefano — Amoroso Alessandro, Pievetorina — Tamagnini Augusto, Castel Sant'Angelo — Girotti G. Battista, Ussita.

Provincia di *Pisa*: Dottori: Figlinesi cav. Giuseppe, Palaia — Ricci cav. Giovanni, Pisa — Masoni Alfredo, Lari — Andreotti Marino, Bientina — Gargani Labindo, Pontedera — Bozzi Giulio, Ponsacco — Da Capparello Francesco, Calci — Cecchi Biagio, Cecina — Marcacci Francesco, Volterra — Rombai Giovanni, Piombino — Maberini Giacomo, Piombino — Iodi Enrico, Buti — Chiesa Corrado, Saline Volterra — Nelli Luigi, Piombino (Riotondo) — Innocenti Luigi, Campiglia Marittima — Agostini Luigi, Chianni — Gasperini Gino, Riparbella — Cercignani Giuseppe, Pomarance.

Provincia di *Campobasso*: Dottori: Parchicci Pasquale, Palata, interinale di Tavenna — Marino Olindo, Tufara — Battista Giuseppe, Larino — Cannavina Ugo, Campobasso — Pappone Giuseppe, Colletorto — De Fanis Corrado, Monte Falcone del Sannio — Conti Claudio, Capracotta — De Notaris Quintino, Castelmauro — Balzano Luigi, Rionero Sannitico — Ruberto Alfonso, Frosolone — Fanelli Michele, Riccia — Sedati Enrico, Riccia — De Fabriis Arcangelo, Busso — D'Amico Vincenzo, Jelsi — Gallina Emilio, Montecilfone — Borsella Cleto, Castropignano — Petrone Carlo Alberto, Montagano — Lando Giovanni, Sant'Elia a Pianisi — Bernardo Alfredo, Colle d'Anchise — Del Vecchio Giovanni, San Giovanni in Galdo — Pontarelli Giuseppe, Rocchetta a Volturno — Vitale Gaetano, Venafro — Niro Vincenzo, Baranello — Tirone Luigi, Agnone — Clemente Domenico, Carpinone — Iamurri Giovanni, Pesche — Carfagnini Valerio, Montorio nei Frentani — Colacci Antonio, Boiano — Mascione Antonio, Civitanova — Continelli Michele, Lucito — Sassi Domenico, San Martino in Pensilis — Caserta Pasquale, Sepino — Calise Aniello, Oratino — Lombardi Vito, Forlì del Sannio — Fella Antonio, Pozzilli — D'Elisiis Michele, Guardialfiera — De Vito Luigi, Morrone del Sannio — D'Apollonio Vincenzo, Isernia — Scarabeo Francesco, Sesto Campano — Baccari Adriano, Bonefro.

Provincia di *Benevento*: Dottori: Campanella Antonio, San Bartolomeo in Galdo — Ricciardi Nicola, San Bartolomeo in Galdo — Adonisio Luigi, Cercemaggiore — Delli Venere Raffaele, Morcone — Zampanelli Giacomo, San Leucio — Cleopazzo Filomeno, Guardia Sanframondi — Rossi G. Battista, Montesarchio — Del Vecchio Pasquale, Calsalduni — Marone Nicola, Melizzano — Stefanelli Carlo, Benevento — Principe Antonio, Benevento — D'Alessandro Giuseppe, Ginestra degli Schiavoni — Caruso Sebastiano, Vitulano — Petrillo Giacomo, Faicchio — Formosa Salvatore, Tocco Gaudio — Cerza Vincenzo, San Giorgio la Montagna — Vigliotti Francesco, Sant'Agata dei Goti — Pelosi Giovanni, Foiano Valfortore — Zamparelli Filippo, Apollosa — Ferri Francesco, Foglianise — Zuppa Domenico, San Marco dei Cavoti — Fusco Nicola, Sassidoro — Cerza Pasquale, San Martino Sannita — La Vigna Giuseppe, San Salvatore Telesino — Severino Luigi, Pescolamazza.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9465) *Stabilità - Periodo interinale.* — Dott. A. B. da B. di L. — Il periodo interinale, quando è seguito da nomina in base a concorso, è computato nel biennio di prova per lo acquisto della stabilità. Non è, però, utile per gli aumenti quinquennali, perchè questi decorrono dalla nomina regolare, sempre che non vi sieno diversi patti inclusi nel capitolato o nell'atto di nomina. Per lo acquisto della stabilità non occorre speciale atto del Consiglio comunale perchè essa si opera di diritto, con la semplice decorrenza del biennio di prova.

(9467) *Compenso per la supplenza.* — Dott. A. F. da M. — Ordinariamente al medico, che provvisoriamente sostituisce il titolare di una condotta in congedo, si corrisponde l'intero stipendio, che è stabilito pel titolare. Nessuna legge però stabilisce tale compenso nè vi accenna. La legge dice solo che ogni titolare di condotta ha diritto ad un mese di congedo ogni anno, e che, durante tale mese, deve essergli corrisposto l'intero stipendio, rimanendo, la spesa della supplenza a carico del Comune, tranne non sia nel capitolato stabilito la supplenza reciproca gratuita.

(9468) *Elenco dei poveri.* — Dott. O. G. da C. — In quanto alla mancata compilazione dello elenco dei poveri, il medico interino ha lo stesso diritto del titolare per citare il Comune ed ottenere il risarcimento dei danni. Non vi sono casi in cui è stabilito che non si possa citare il Comune, tranne che la mancata compilazione non si possa ritenere causata da forza maggiore.

(9470) *Pagamento stipendii arretrati.* — Dott. M. R. da U. — Quando il tesoriere comunale non ha fondi disponibili, gli stipendii ai medici condotti sono pagati dagli esattori ancorchè non abbiano fondi speciali, purchè non abbiano già anticipato tali somme da sorpassare, ciò che si potrà ricavare dai ruoli che saranno loro dati per la riscossione entro l'anno solare. Insista presso l'esattore pel pronto pagamento di almeno parte delle somme di cui va creditore.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 15 luglio. Seconda condotta; L. 9000 e le indennità c.-v. Chirurgo direttore dell'Ospedale: L. 10,000 e le indennità c.-v. Per la condotta biennio di assistentato effettivo in grande Ospedale o clinica chirurgica. Per il posto di chirurgo direttore laurea da tre anni e titoli comprovanti pratica dell'arte chirurgica.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. Anatom. Patol. e Analisi cliniche. L. 5000; c.-v. (L. 1200 ammogl., L. 780 celibe): assegno di L. 500 mensili come indennità di carica; il tutto al netto di R. M. Esclusa cura ammalati. Scad. ore 15 del 10 ag. Docum. non ant. 3 mesi dal 24 giugno. Tre anni in Labor. Anat. Patol. di Università. Servizio entro un mese.

BRESCIA. — Per Urago Mella; a tutto 31 lug.: età limite 35; L. 6000 e 8 trienni decimo; L. 2 ogni pov. in più di mille; L. 500 ambulat.; L. 1500 trasferte. Servizio entro 10 (*sic*) giorni.

CASERTA. *R. Prefettura.* — Concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario nei seguenti Comuni: Marcianise, Nola, Marigliano, Casal di Principe, S. Maria C. V., Capua, Carinola, Fondi, Lusciano, Palma Campania e Pietravairano. Annua indennità rispettiva di L. 5000, 6000, 5000, 4000, 7000, 5000, 5000, 5000, 3000, 4000, 3000. Espressamente vietato di accettare e mantenere altro incarico retribuito senza la preventiva autorizzazione del Prefetto. Domande ad ogni singolo concorso alla Prefettura (Ufficio Provinciale Sanitario) non oltre le ore 12 dal 31 agosto. Età limite 40 anni. Iscrizione in un albo. Chiedere annunzio.

CASTELBOGLIONE (*Alessandria*). — Scad. 15 luglio; poveri e servizio necroscopico; L. 7000 e c.-v. di legge.

CESA (*Caserta*). — Proroga 15 luglio; poveri; L. 4000; in corso d'approvazione aumento a lire 5000.

ESPERIA (*Caserta*). — Poveri di una frazione lire 6000 e 3 quinquenni; c.-v. Scad. 15 agosto. Doc. non anteriore tre mesi dal 14 giugno.

FAENZA. — Medico primario dell'Ospedale Civile; titoli ed eventualmente esami. Ab. 43,070. L. 10,000 (in corso aumento a 11,000) e 10 bienni del ventes. Scad. 45 giorni dal 15 giugno. Chiedere annunzio al Municipio.

ISCHIA DI CASTRO (*Roma*). — Scad. 15 luglio; L. 7000, da elevarsi a L. 8000, per 2000 poveri, quota supplement. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; doppio c.-v.

JATRINOLI (*Reggio Calabria*). — Scad. 15 luglio; 2ª zona; L. 4000 e 5 quadrienni decimo; L. 5 per ogni famiglia oltre le 200; per cavalc. L. 1200.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 25 luglio, 2ª cond. L. 6000 e 8 trienni decimo; due c.-v. con

alcune limitazioni per la seconda nei riguardi dei figli, L. 1500 spese trasporto. Residenziale. Chilometri q. 6.300. Non limiti di età.

MODENA. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. medico capo della Divisione d'Igiene e Sanità del Comune di Modena; L. 11,500, tre trienni e due quinquenni di L. 700, doppio c.-v. Divieto dell'esercizio libero. Ab. 80,553. Titoli ed esame. Bienni di prova. Servizio entro 30 giorni. Scad. 20 agosto.

NOVARA. — Scad. 30 luglio. Medico supplente e medico scolastico; vedi fasc. 23.

PREMILCUORE (*Firenze*). — A tutto 31 luglio; 2ª cond.; L. 6000 e 8 trienni dec.; p. pov. L. 4000 e L. 3000 disag. resid.; 2 c.-v.; L. 4000 cavalc., revidib.; alloggio. Situaz. fam. Serv. entro il termine che sarà indicato.

S. MARTINO DELL'ARGINE (*Mantova*). — Scad. 20 luglio; L. 9000 e doppio c.-v.; indennità per uso del cav., della bicicl. o di autom., di cui al capitolato in vigore.

TREDOZIO (*Firenze*). — Cond. di ponente; L. 6000 e due c.-v.; L. 4000 cav.; otto trienni dec. In corso d'approv. aum. a L. 7000. Scad. ore 20 del 20 luglio. Servizio entro 10 (dieci) giorni.

Medico-chirurgo assistente onorario Clinica Chirurgica accetterebbe per mesi estivi buon interinato presso ospedale, condotta, stabilimento cura e balneo-termale, in collina, mezza montagna o spiaggia in Piemonte e Liguria. Scrivere: Bertinotti Giovanni, via Misericordia, 1 - Torino.

Medico-chirurgo ostretrico provetto con esercizio ospitaliero praticissimo del servizio di condotta, fornito di titoli speciali in igiene e pediatria accetterebbe ottimo interinato preferibilmente non lontano da Roma. Scrivere: Paolo Agostini, S. Eligio n. 2 p.p. - Roma.

Diffide e boicottaggi.

Si fa presente che il boicottaggio della condotta di S. Anatolia di Narco (Perugia), a favore del dott. Arturo Vannuccini, è tuttora in vigore.

Il presidente della Sez. Spoleto-Norcia M. C.: dott. ENNIO BONAROTTI.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Fondazione A. Beretta.* — Concorso al premio pel biennio 1922-23, da conferirsi al miglior lavoro di clinica medica o di anatomia patologica. Medaglia d'oro del valore di L. 500 e somma non inferiore a L. 7000. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi al Protocollo generale del Comune. Scad. ore 12 dell'ultimo giorno feriale del dicembre 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Innocente Clivio è nominato preside della Facoltà medica di Genova.

A successore del prof. Gino Galeotti la Facoltà Medica di Napoli ha chiamato il prof. Pietro Rondoni della Università di Sassari.

NOTIZIE DIVERSE.

Omaggio al sen. Maragliano.

In occasione del 40° anniversario d'insegnamento del sen. Maragliano, è stata celebrata a Genova, il 25 giugno, una cerimonia imponente in onore dell'illustre Clinico, cui venne consegnata la Tavola di fondazione di una Biblioteca medica a lui intitolata.

Delle personalità mediche venute di fuori si notavano i proff. Queirolo di Pisa, Devoto di Milano, Lucatello di Padova, Viola di Palermo, Gabbi di Parma, ecc.

Tra le principali adesioni si notavano quelle del presidente del Consiglio on. Facta, del ministro dell'Istruzione on. Anile, del ministro della Guerra on. Di Scalea, del presidente della Camera onorevole De Nicola, del presidente del Senato on. Tittoni. Hanno poi aderito tutte le Cliniche italiane e le principali di Europa e di America.

Il magnifico rettore prof. Prospero Fedozzi prende primo la parola: esalta il significato dell'odierna cerimonia ed illustra la figura di Edoardo Maragliano come scienziato e come cittadino. Il senatore Nino Ronco porta l'adesione del Senato e con ispirate parole rievoca le alte benemerenze di Edoardo Maragliano. Il Sindaco sen. Federico Ricci porge a Edoardo Maragliano un caldo augurio in nome della città.

Il sen. Queirolo, direttore della Clinica Medica di Pisa e presidente del Comitato delle onoranze, dopo essersi addentrato in una lucida analisi dell'opera di Edoardo Maragliano, illustra mirabilmente le conquiste da lui sancite alla scienza nel campo della tubercolosi: quindi fa la consegna della Tavola di fondazione, dando lettura della scritta latina.

Parlano ancora il prof. Clivio, preside della Facoltà di Medicina; il gen. med. Giovanni Bernucci in rappresentanza della Direzione Centrale di Sanità Militare; il prof. Arturo Morselli a nome del Consiglio dell'Ordine dei Medici; il laureando di medicina Zappata a nome dei compagni.

Il prefetto sen. Poggi si associa di cuore alle onoranze.

A tutti risponde il sen. Maragliano con un vibrante discorso, ardente di commozione e di affetto, esprimendo le sue più vive grazie per la manifestazione giubilare; e, traendone gli auspici dalla biblioteca che oggi si fonda, pronostica l'avvento in Genova di un centro specializzato di studi sulla tubercolosi, che manca in Italia ed all'Estero e che è necessario sorga perchè le armi per la guerra alla tubercolosi si forgiano con le ricerche scientifiche.

Manifesta il suo vivo compiacimento per essere in mezzo a quelli che sono il simbolo vivente di tutti gli affetti suoi, della sua città adorata, della sua Liguria, simbolo della grande Patria italiana.

Nel pomeriggio, nell'aula della Clinica Medica, si svolse una commovente cerimonia: fu scoperta una lapide in onore dei dottori Rebuffo e Borgogne, assistenti della Clinica, partiti all'inizio

della guerra, caduti sul campo dell'onore. Il prof. Amerigo Barlocco esaltò e glorificò i due eroi; il gen. med. Bernucci portò il reverente saluto della Direzione Centrale di Sanità Militare; il sen. Maragliano accettò la consegna del marmo, che consacra il sacrificio; quindi il rettore prof. Fedozzi illustrò l'alto significato patriottico e civile della cerimonia.

Il laureando Viola, nell'offrire al Maestro un maestoso leggio, pregevole lavoro di intarsio e di scultura, ha professato i sentimenti di devozione e di riconoscenza degli studenti tutti al Venerato Maestro.

Poi i presenti convennero negli Ospedali Civili di Pammatone, per ascoltare dal sen. Maragliano, la lezione di chiusura al corso di Clinica Medica.

Fra i presenti si notavano numerosi senatori, il gen. Squillace, il gen. med. Bernucci, il sen. Nino Ronco e moltissimi studiosi ed ammiratori. La lezione fu una mirabile sintesi di tutta l'operosità scientifica della Scuola compiuta durante l'anno accademico.

La giornata si chiuse con un ricevimento a bordo del *Bon Voyage*, che recò a Portofino trecento gitanti. A bordo ebbero luogo vari trattenimenti.

Onoranze al prof. Pentimalli.

Nell'aula dell'Istituto di patologia generale della Università di Napoli ebbe luogo la consegna di una medaglia d'oro al prof. Pentimalli, al quale gli allievi vollero attestare la loro riconoscenza. L'aula era gremita di medici e di studenti, alcuni dei quali parlarono a nome di tutti, e ad essi rispose commosso il festeggiato.

Per le Università di Genova e di Sassari.

Per completare gl'Istituti della Facoltà Medica di Genova il Parlamento ha approvato un progetto di partecipazione alle spese per la somma di 5,500,000 lire.

Per sistemare le cliniche dell'Università di Sassari è in esame alla Camera un progetto di legge, con relazione dell'on. Orano, col quale il Governo s'impegnerebbe per la somma di 5,795,000 lire.

XI Congresso Italiano di Stomatologia.

Come abbiamo annunziato, avrà luogo in Roma il 1° ottobre p. v.

La Federazione Stomatologica Italiana, organizzatrice di questo Congresso, invita fin da ora tutti i medici chirurgi generici ed i medici di tutte le specialità che hanno rapporto con la stomatologia a parteciparvi.

Congresso nazionale di odontoiatria e protesi dentaria.

Indipendentemente dal predetto Congresso, avrà luogo, pure a Roma, in settembre (giorni da destinarsi); è promosso dalla Federazione fra gli Ordini degli Odontoiatri d'Italia, dal Fascio Odonto-Stomatologico Meridionale e dalla Federazione Odontologica Italiana, presieduti da A. Chiavaro, A. Perna e V. Donato.

I soci dei tre Sodalizi sono vivamente pregati di mandare le loro adesioni ed i titoli dei loro lavori scientifici o dimostrazioni pratiche alla Presidenza del Comitato Ordinatore, presso la Direzione degli «Annali di Odontologia», via Vittorio Veneto, n. 51, Roma (25), e di fare opera di propaganda presso i loro colleghi nazionali e stranieri.

Congresso medico marchigiano.

Nel settembre prossimo, indetto dalla Società medico-chirurgica di Ancona, avrà luogo in Ancona un Congresso medico regionale. Il convegno avrà la durata di tre giorni: uno per discussione di temi di medicina, uno di chirurgia ed un terzo per gli interessi professionali. A presidente onorario è stato nominato Augusto Murri; vice-presidenti i proff. Baglioni, Donaggio, Patrizi, Bocci, Centanni, Mingazzini, Sono ammessi al Congresso i medici nati e residenti nelle Marche.

Per informazioni rivolgersi al prof. Gustavo Modena, Manicomio, Ancona.

Lega Antitubercolare Ticinese

Il Consiglio Direttivo della Lega ha visitato il sanatorio cantonale di Ambrì; erano presenti i dottori G. Rossi, G. Casella, U. Carpi, R. Noseda, A. Franzoni, Malè, direttore del Dipartimento d'Igiene e Presidente della Commissione amministrativa del Sanatorio, ed altri intervenuti. La impressione lasciata dall'ordine, dalla pulizia e dal funzionamento del Sanatorio fu buonissima e tutti ebbero parole di encomio per il direttore Allegrini ed i suoi coadiutori.

Il Consiglio della Lega offrì poi un pranzo di addio al dott. Umberto Carpi, cui si deve l'iniziativa della costituzione della Lega e che molto ha fatto, con conferenze e con scritti, per la lotta contro la tubercolosi nel Canton Ticino. Il Carpi è ora stato chiamato all'Ospedale Maggiore di Milano. Pronunciarono discorsi di ringraziamento e di augurio il presidente della Lega dott. G. Rossi, Cons. di Stato, il quale offrì al festeggiato un orologio con dedica, il dott. Allegrini, mons. Antognini. La signora Maria Crivelli-Torricelli gli offrì un bellissimo mazzo di rose delle Alpi.

Soviet di malati in un sanatorio.

La Croce Rossa Italiana, in pieno accordo con i dirigenti l'Associazione tubercolotici di guerra, si è trovata nella dolorosa necessità di chiudere il tubercolosario dell'Eremo di Lanzo. Il provvedimento fu determinato dal fatto che parecchi ricoverati, dei quali alcuni guariti e altri assolutamente inadattabili al severo regime sanatoriale, si erano costituiti in una specie di lega di resistenza, contrapponendosi talvolta con la violenza alla Direzione dell'Istituto, imponendosi agli infermi e al personale di servizio. Nulla si poteva più fare senza il beneplacito della Commissione interna. Un autocarro con numerose guardie regie dovette procedere allo sgombero forzato di alcuni riottosi. Alcuni infermi furono ricoverati nel tubercolosario Vische e gli altri inviati ai loro paesi di origine. Il sanatorio dell'Eremo di Lanzo rimarrà provvisoriamente chiuso.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 29 apr. — MASNE e J. LACASSAGNE. Adeniti suppurate consecutive a ulcere molli extragenitali.

Brit. Med. Journ., 29 apr. — GREENWOOD. Effetti del lavoro industriale sulla salute generale. — A. RENSHAW e T. H. FAIRBROTHER. Etiologia e trattamento del diabete. — J. B. ALEXANDER. Fragilitas ossium associata a sclerotica bleu in quattro generazioni.

New York State Journ. of Med., apr. — D. H. SHERMAN e H. R. LOHUES. Considerazioni pratiche sulla flora intestinale. — M. A. RABINOWATZ. Spasmo intermittente dell'arteria renale.

Minerva Med., 1° mag. — P. BIFFIS. Ghiandole sanguigne ed uricopoiesi.

Edinb. Med. Journ., mag. — A. O. ROSS. Nuovo trattamento del reumatismo gonococcico.

The Practitioner, mag. — W. A. LANE. La stasi intestinale cronica. — G. P. MILLS. Alcune affezioni del piede nella pratica corrente. — D. MCKENZIE, W. J. HARRISON. La diatermia nelle affezioni cancerose.

Revue Méd. de la Suisse Rom., apr. — G. BICKEL. Diminuzione della glicemia e della glicosuria nei diabetici in seguito a puntura lombare. — G. TURRETTINI. Azione cardiaca della chinina e della chinidina.

Presse Méd., 29 apr. — J. GIOIA. Azione dell'adrenalina sulla formula leucocitaria delle mielosi. — J. ROUILLARD. Cirrosi pigmentaria ed emocromatosi. — CHAVIGNY. Psicologia dell'igiene.

Arch. de Med., Cir. y Espec., 29 apr. — D. S. GARCIA MANSILLA. Neuritis optica filicica.

Revue Tunis. des Sc. Médicales, apr. — ORTONA e SPEZZAFUMO. Il contributo della scuola italiana allo studio della malaria.

Riv. Sanit. Sicil., 1° mag. — F. PURPURA. La patologia chirurgica delle ferite dei nervi periferici dopo guerra.

ARCHIVI.

Quarterly Journ. of Med., apr. — J. P. ROSS e N. B. DREYER. Reazione del sangue e dispnea. — N. HAMILTON FAIRLEY. Fissazione del complemento nelle cisti idatidee.

Brit. Journ. of Children's Diseases, mar. — F. P. WEBER. Eritroedema (acrodinia, dermato-polineurite, eritema epidemico).

Amer. Journ. Obstetr. a Gynecol., apr. — J. T. WILLIAMS. Variazioni normali del bacino muliebre. — F. S. KELLOGG. Tossiemia gravidica e sepsi uterina.

Il Cervello, mar.-apr. — V. BEDUSCHI. La sindrome d'amnesia post-apoplettica. — T. SEMIE. Tumori del lobo ipofisario. — E. VERGARA. Il riflesso oculo-cardiaco nelle malattie mentali.

Acta Dermato-Venereologica, 4. — J. SCHAUMANN. Linfogranuloma benigno. — H. BOAS e B. PANTOPPIADAN. Nuove reazioni di flocculazione nella sifilide.

Il Morgagni (Arch.), 30 apr. — F. D'ALESSANDRO. La corea di Huntington. — G. B. ANTONGIOVANNI. Nuovo metodo di medicazione delle fistole stercoracee.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 17 Luglio 1922 **Fasc. 29**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE DI SANTA MARIA E SAN GALLICANO
diretto dal dott. G. CIARROCCHI, medico prim.

La terapia precoce abortiva della sifilide.

Dott. PIO PEDICONI.

Da quando entrarono in uso gli arsenobenzoli nella cura della sifilide, fallito il tentativo di Ehrlich della «sterilizatio magna», si tentò con cure arsenobenzoliche eseguite durante il così detto periodo primario di ottenere la guarigione completa dei pazienti. Agli studi e alle statistiche fin qui pubblicate su quest'argomento di straordinaria importanza scientifica e sociale, io credo utile unire il risultato delle mie osservazioni su quarantasette casi clinici. Si tratta per la maggior parte di clienti privati del prof. Ciarrocchi al quale porgo i miei ringraziamenti per la cortese ospitalità concessami nell'ospedale di San Gallicano da lui diretto, e per l'interessamento da lui preso nel seguire e nel controllare le mie ricerche ed i miei risultati.

Alla esposizione del mio lavoro ritengo utile far precedere in brevissime parole quanto da più secoli è stato fatto su questo argomento traendo dalla dotta relazione del Martinotti alla Società italiana di dermatologia e sifilografia i dati statistici, notizie e ricordi storici ivi riassunti.

Un po' di storia.

Fin dal secolo XIV Giovanni B. Vico trattò l'argomento, seguì nel secolo XVIII Petit, quindi Hunter e Ricord e la numerosa schiera di studiosi della prima e della seconda metà del secolo XIX che tentarono con la distruzione della lesione iniziale di impedire la generalizzazione dell'infezione sifilitica.

In seguito il Martinotti ricorda le memorie del Crivelli e di Ehlers i quali riferirono che con la distruzione e con la estirpazione della lesione iniziale avevano ottenuto una media approssimativa del 17 % di guarigioni. Ma questi risultati non ebbero conferma, anzi furono viste frequentemente delle recidive «in situ» ed Auspitz, Unna e Taylor dettero dimostrazione della precoce diffusione del processo nei vasi e nei gangli linfatici.

Dunque la terapia abortiva mediante la estirpazione e distruzione della lesione iniziale fu un vero e proprio fallimento. Si tentò allora con cure mercuriali praticate intensamente non appena il sifiloma fosse comparso, ma anche con questo metodo scarsi e dubbi furono i risultati.

Grünfeld ottenne il 7 % di guarigioni; Fasal e Arzt ottennero 11 %; Scherber 31 %; Gennerich 50 %. Ma anche questi risultati non ebbero conferma, ed il Martinotti giustamente osserva che nei casi di Gennerich il periodo di osservazione (15 mesi) fa perdere ogni valore ai suoi dati specialmente quando si consideri che Talmann e Scherber ebbero recidive dopo i tre ed i quattro anni.

Altri autori Gibbard, Harrison, Cave, Oppenheim, ebbero risultati molto meno incoraggianti: il Boas in 21 casi ebbe 21 recidive.

Introdotto l'uso degli arsenobenzoli furono fatti tentativi da molti autori su larghissima scala e si può affermare fin da ora che i risultati furono senza dubbio molto incoraggianti.

Lasciando da parte i tentativi fatti con l'atoxil, con l'arsacetina, con l'ectina, riferisco i vari risultati ottenuti con gli arsenobenzoli desumendoli dal Martinotti e dal Rost che ne riferì alla ultima riunione della società dermastologica germanica. Le cure abortive furono praticate con l'uso del salvarsan da 1 a 8 grammi per lo più associate a cura mercuriale, con il Neosalvarsan da GR. 1 e 20 a gr. 7.50 anche spesso associate a cure mercuriali, con il silbersalvarsan da GR; 0.8 a gr. 5.5 per lo più non associato al mercurio.

I risultati complessivi furono i seguenti: furono curati 5995 casi e si ebbero 1562 recidive e 4443 guarigioni cioè a dire si ebbe una percentuale di 74 % di guarigioni contro il 26 % di recidive sierologiche e cliniche.

Le guarigioni si ottennero con dosi varie di arsenobenzolo associate o non associate al mercurio. Si ebbero sia nei malati curati nel periodo sieronegativo sia in quelli curati nel periodo sieropositivo.

Un dato che va posto in rilievo è che tutti questi casi giudicati come guariti sono stati tenuti in osservazione nella massima parte per un periodo di tempo molto breve, tantò che se si fa eccezione dell'Altmann che seguì i suoi 77 casi per quattro anni, del Bais che ne seguì 9 per oltre tre anni, del Blumenfeld che ne seguì 11 per 3 anni, del Freund che ne seguì 63 per otto anni, dell'Hecht che ne seguì 34 per sei anni, del Rasch che ne seguì 50 per quattro anni, del Saphier che ne seguì 46 per quattro anni, nella sopra ricordata statistica del Rost e del Marinotti 5705 casi su 5995 e furono seguiti soltanto per un periodo di tempo che va da 1 a 2 anni.

Non v'è dubbio che per quanto le recidive cliniche e sierologiche siano in genere precoci e cioè se ne verifichi la cifra massima nel 1° anno decrescendo nel 2° e poi ancora nel 3°, è tutt'altro da escludersi la possibilità di recidive oltre questo termine ed a questo proposito dirò che nei 47 casi da me curati ebbi 7 casi di recidive sierologiche e cliniche che si manifestarono 5 entro i due anni, una dopo quattro anni ed un'altra dopo sei anni. È quindi necessario un periodo di osservazione più lungo per poter dichiarare riuscita in senso clinico e sierologico una cura precoce abortiva.

I casi da me curati.

Sono 47; la diagnosi clinica trovò in tutti la conferma nell'esame microscopico fatto sempre a fresco con l'illuminazione in campo oscuro. In tutti questi casi fu accertata la presenza della spirochete pallida nella sua forma classica descritta da Schaudinn. Tutti i casi avevano la reazione di Wassermann negativa e furono cominciati a trattare dal 2° al 30° giorno dalla comparsa della lesione iniziale. La maggior parte fu cominciata a curare non oltre il 15° giorno.

Dal precedente quadro statistico si deduce che furono curati casi 47.

Recidive sierologiche 5: recidive sierologiche e cliniche 2; totale recidive 7. Percentuale recidive 14,90 %.

Guarigioni cliniche e sierologiche 40. Percentuale guarigioni 85,10 %.

Dei 40 casi sierologicamente e clinicamente guariti ne sono stati seguiti: 3 per un anno, 9 per due anni, 7 per tre anni, 4 per quattro anni, 4 per cinque anni, 3 per sei anni, 4 per sette anni, 1 per otto anni, 1 per nove anni; vi sono state 4 reinfezioni.

È evidente che per quanto più è lungo il periodo di osservazione dopo la cura tanto più è attendibile che la guarigione clinica e sierologica corrisponda alla vera e propria sterilizzazione completa dell'organismo da parte della

Casi curati	Data dell'accertamento diagnostico	Giorni dalla comparsa della sifilide	DATA E RISULTATO ESAME R. W.	Clinico	Tempo di osservazione	RISULTATO
N. 1. A. C.	11-1-14	9	10-921 W —	negativo	7 anni	guarito Clin. Sier.
» 2. A. G.	16-12-913	15	12-916 W —	negativo	2 anni	» » »
» 3. B. A.	6-913	22	5-915 W —	negativo	2 anni	» » »
» 4. B. A.	11-913	12	5-922 W —	negativo	8 1/2 anni	» » »
» 5. B. A.	9-918	15	4-922 W —	negativo	4 anni	» » »
» 6. B. D.	12-917	4	11-920 W —	negativo	3 anni	» » »
» 7. B. D.	3-915	9	10-921 W +	negativo		
» 8. B. U.	8-919	6	11-921 W —	negativo	2 anni	» » »
» 9. C. P.	6-913	15	1-921 W —	negativo	7 1/2 anni	» » »
» 10. C.	11-914	5	3-921 W —	negativo	7 anni	» » »
» 11. C. G.	11-913	15	9-917 W —	negativo	4 anni	» » »
» 12. C. P.	6-914	5	2-915 W +	negativo		
» 13. C. V.	3-915	3	3-920 W —	negativo	5 anni	» » »
» 14. C. U.	4-915	14	9-918 W —	negativo	3 anni	» » »
» 15. C. L.	6-919	6	4-922 W —	negativo	3 anni	» » »
» 16. C. G.	3-914	20	20-921 W —	negativo	7 1/2 anni	» » »
» 17. D.	6-913	20	12-916 W —	negativo	3 anni	» » »
» 18. D. G.	2-919	30	3-920 W —	negativo	1 anno	» » »
» 19. D. G.	5-919	18	5-922 W —	negativo	3 anni	» » »
» 20. D. V.	8-919	10	10-921 W —	negativo	2 anni	» » »
» 21. F.	9-918	15	9-920 W —	negativo	2 anni	» » »
» 22. L. S.	9-913	21	3-915 W —	negativo	2 anni	» » »
» 23. L. U.	5-913	8	10-914 W —	negativo	1 anno	» » »
» 24. L. U.	9-914	8	6-920 W —	negativo	6 anni	» » »
» 25. L. P.	5-918	2	12-919 W —	negativo	3 anni	» » »
» 26. L. A.	10-919	15	10-921 W —			Novembre 1921 *Reinfezione*
» 27. L. P.	913	6	4-922 W —	negativo	9 anni	guarito Clin. Sier.
» 28. L.	916	10	5-921 W —	negativo	5 anni	» » »
» 29. M. M.	5-913	9	5-915 W —	negativo	2 anni	» » »
» 30. M. A.	12-913	16	10-919 W —	negativo	6 anni	» » »
» 31. M. G.	12-916	15	10-919			Febbraio 1921 *Reinfezione*
» 32. M. L.	4-914	20	5-915 W +	negativo		
» 33. M.	5-915	3	3-919 W +	negativo		
» 34. M. L.	1-917	6	12-920 W —	negativo	4 anni	guarito Clin. Sier.
» 35. N. A.	3-913	7				Dicembre 1917 *Reinfezione*
» 36. N.	1-915	5	2-919 W —	negativo	4 anni	guarito Clin. Sier.
» 37. N. E.	6-918	6	9-921 W —	negativo	3 anni	» » »
» 38. O. P.	6-913	10	3-915 W —	negativo	2 anni	» » »
» 39. P. F.	11-916	15	10-921 W —	negativo	5 anni	» » »
» 40. P.	10-914	12	2-916 W —	negativo	2 anni	» » »
» 41. P. A.	1-914	10	5-914 W +	positivo		
» 42. P. L.	1-914	6	2-916 W +	negativo	*Ottobre 1919*	*Ectasia dell'aorta*
» 43. P. F.	12-919	4	4-920 W —	negativo	1 anno	guarito Clin. Sier.
» 44. R. V.	2-915	10	2-917 W +	positivo		
» 45 S. O.	6-913	21	6-918 W —	negativo	5 anni	» » »
» 46. V.	1-915	8	1-921 W —	negativo	6 anni	» » »
» 47. V. G.	5-919	15	3-921 W —			Agosto 1921 *Reinfezione*

Casi curati 47. Recidive sierologiche 5

„ sierologiche e cliniche 2

Totale recidive . . . 7 = 14,90 %(

Totale guarigioni sierologiche e cliniche 40 = 85,10 %.

spirochete della sifilide. Ma, se si considera che le recidive sierologiche e cliniche nella terapia abortiva nella sifilide si verificano con molta maggior frequenza nel 1° e nel 2° anno dalla cura e diventano sempre più rare quanto più dal periodo di cura ci allontaniamo, potremo affermare che i casi seguiti oltre i tre anni, stando alle statistiche odierne, molto difficilmente diverranno in seguito sierologicamente e clinicamente positivi.

Il Martinotti commentando i risultati complessivi dedotti dalle statistiche da lui pubblicate, dice che se è vero che da quelle cifre risulta che il numero delle recidive sierologiche e cliniche va decrescendo dal 1° al 3° anno, bisogna in pari tempo tener presente che anche il numero dei malati in osservazione dopo i primi 2 o 3 anni notevolmente si riduce e che quindi il valore della percentuale è quanto mai relativo. Questa osservazione è senza dubgio giusta: già riproducendo la statistica Rost-Martinotti ho fatto notare come in essa su 5995 casi ben 5705 furono seguiti soltanto per un periodo da 1 anno a 2 anni, quindi in questa raccolta non fu fatto il controllo clinico e sierologico *oltre il 2° anno sul 95 % dei casi* e ciò diminuisce notevolmente il valore sia per la percentuale recidive sul numero dei soggetti curati, sia il valore della percentuale di recidive nei vari anni di osservazione.

Or bene a me sembra opportuno porre in rilievo che sulle quaranta guarigioni cliniche e sierologiche da me ottenute 28 soggetti furono seguiti *oltre* il 2° anno e soltanto 12 *fino* al 2° anno dalla cura e *cioè il 70 % oltre il 2° anno e il 30 % fino al 2° anno.* È quindi confortevole constatare che la percentuale delle guarigioni, sui casi da me trattati, invece di essere minore di quella desunta dalla tabella del Rost è notevolmente maggiore e cioè è del 85,10 %.

Queste cifre dovrebbero quindi confermare la rarità o per lo meno la poca frequenza delle recidive sierologiche e cliniche oltre il 3° anno dalla cura. Come ho già precedentemente accennato nei miei 7 casi di recidiva 3 se ne verificarono nel 1° anno, 2 nel 2° anno, 1 al 4° anno, 1 al 6° anno della cura. Ma è bene dubitare sulla data del caso clinico che recidivò al 4° anno inquantochè questo non fu potuto osservare continuamente a determinati intervalli, fu perduto di vista e si ripresentò per la prima volta dopo trascorsi quattro anni, epoca nella quale gli fu trovata la Wassermann positiva. Non possiamo dunque sapere se eventualmente la recidiva sierologica possa essere stata anteriore.

Dunque, malgrado il numero notevolmente maggiore di soggetti osservati dopo la cura oltre il 2° anno e fino al 9° anno, le cifre percentuali delle recidive nei primi anni di osservazione sul totale delle recidive coincide presso a poco con quella pubblicata dal Martinotti e si può quindi concludere che *nelle cure abortive la recidiva clinica e sierologica, laddove si verifica, accade entro i primi due anni, è più rara al terzo ed è eccezionale trascorso questo periodo.*

Ho creduto di porre nel quadro che enumera i casi da me trattati una finca riportante il numero dei giorni che in ogni singolo soggetto intercedettero tra la comparsa della lesione e l'inizio della cura, per cercar di dedurre quale sia l'importanza che può avere la precocità della cura stessa sul risultato. Come ho già detto, tutti i miei malati furono curati nel periodo sieronegativo, e 38 casi su 47 furono curati entro i 15 giorni dalla comparsa della sclerosi. Ebbene le recidive si ebbero in un caso curato dopo 20 giorni, in due casi curati dopo 10 giorni, in uno dopo 9, in uno dopo 6, in uno dopo 5, in uno dopo 3. Non è possibile quindi in base ai dati esposti affermare nulla di seriamente fondato; ma se confrontiamo i dati complessivi da me ottenuti su malati curati tutti in periodo sieronegativo con i dati complessivi della statistica Rost-Martinotti che comprende casi curati sia in periodo sieronegativo che in periodo sieropositivo dovremo dedurre *che la guarigione sierologica e clinica è più facilmente raggiungibile quando si inizia il trattamento nel periodo siero negativo.*

Circa l'influenza dell'associazione del mercurio sulla riuscita delle cure, dirò che i 7 casi che presentarono recidiva tutti indistintamente avevano fatto seguire la cura mercuriale alle iniezioni endovenose di arsenobenzolo e che uno dei casi nei quali la guarigione può dirsi che sia stata ottenuta in modo assoluto, cioè in uno dei casi in cui si ebbe la reinfezione, la cura mercuriale non fu per nulla effettuata ed il trattamento abortivo consistè solo in 4 iniezioni endovenose di neoarsenobenzolo. Di questo caso parlerò con maggiore dettaglio in appresso.

È opportuno ricordare a questo punto i risultati del Rille, del Kreilich, del Wagner i quali curarono tutti i loro malati nella fase sieronegativa soltanto con gli arsenobenzoli senza associazione di mercurio ed ottennero rispettivamente il 67 %, il 77 %, l'81 % di guarigioni e cioè risultati inferiori a quelli miei ed a quelli degli altri autori che fecero seguire la cura mercuriale alla cura arsenobenzolica.

Resta tuttavia da spiegare la ragione per la quale i 7 casi recidivarono mentre gli altri che ebbero un uguale trattamento guarirono. Senza addentrarmi in questo argomento accennerò solo ad una ipotesi alla quale del resto ho già accennato in un altro mio lavoro descrivendo alcune forme anomale della spirochete pallida, forme che chiamai *corte* che forse possono essere interpretate come forme di passaggio nel ciclo di sviluppo, nel ciclo di vita di questo essere.

Noi non conosciamo morfologicamente la spirochete altro che nei caratteri descritti da Schaudinn ma non è escluso, anzi è probabile, che questo essere compia nell'organismo umano un ciclo di vita per cui, subendo varie metamorfosi, ci si occulti in determinati momenti e possa essere più o meno sensibile all'azione degli arsenobenzoli nello stesso modo come il parassita della malaria, a seconda della fase del suo sviluppo, è più o meno sensibile all'azione del chinino.

Comunque, i miei risultati concordano con quelli degli altri autori, ed in base ad essi si può affermare che la sifilide, curata precocemente cogli arsenobenzoli associati o non associati al mercurio, è sierologicamente e clinicamente guaribile, malgrado una percentuale di insuccessi che va a seconda dei vari autori e dei metodi da essi seguiti da un massimo del 33 % a un minimo del 15 %.

Guarigione vera o apparente?
Valore delle reinfezioni.

Si prospetta ora un altro quesito e cioè se la guarigione clinica (ossia l'assenza di manifestazioni cliniche) e la guarigione sierologica (ossia la persistenza della negatività nella reazione di Wassermann) siano dati sufficienti per autorizzarci a concludere che l'organismo si sia completamente liberato dal parassita della sifilide.

Contro questa affermazione sta il fatto che la sifilide può tacere per lunghi anni e risvegliarsi dopo lunghissime soste. Dopo 30 o 40 anni possono ricomparire manifestazioni sifilitiche a carico della pelle e degli organi interni. Inoltre non poche lesioni interne dovute a sifilide possono completamente sfuggire ad un esame clinico il più accurato. Di più occorre considerare che nei periodi di latenza la reazione di Wassermann dà una percentuale di positività non troppo elevata: secondo Boas il 38 %, secondo Pasini il 50-60 %, secondo Muller il 46 %, secondo Silberstein il 78 % mediante la riattivazione biologica.

Occorre quindi un lungo e scrupoloso periodo di osservazione di molti anni, esami clinici completi della pelle, nel sistema glandolare-linfatico, degli organi interni, del sistema nervoso, confortati da tutte le ricerche di laboratorio sul liquor e sul sangue. Soltanto allora si potrà con fondamento sostenere che l'individuo è guarito e che non si tratti di una guarigione apparente, di una subguarigione.

Ma l'argomento principe che può dimostrare in modo assoluto la possibilità della guarigione vera è la reinfezione. Anche su questo punto è tuttora vivo il dibattito, ma se è logica e giusta una severa critica prima di ammettere la esistenza di una reinfezione vera e propria e cioè distinta dalla superinfezione dalla recidiva « in situ », ecc., pur tuttavia bisogna ammettere che qualche caso di reinfezione è talmente evidente da resistere a tutte le obiezioni.

Nella letteratura i casi di evidenza assoluta non sono numerosissimi, ritengo quindi cosa utile riferire dettagliatamente uno de' miei che credo non possa lasciare adito a discussione alcuna.

E' il caso riportato nella tabella al n. 35 con le iniziali N. A.

Si presentò al prof. Ciarrocchi il 29 marzo 1913 con un sifiloma erosivo alla lamina interna del prepuzio comparso da 6 giorni. La diagnosi benchè fosse clinicamente di una evidenza classica, venne confermata con la ricerca della spirochete pallida che riuscì positiva. La detta ricerca fu eseguita il giorno seguente al parabolcide da me e dal prof. Ciarrocchi e la sera dello stesso giorno fu iniziato il trattamento di neosalvarsan per via endovenosa cominciando con la dose di gr. 0.45.

Seguirono a 7 giorni di distanza l'una dall'altra altre tre iniezioni rispettivamente alla dose di 0,60, 0.75 e 0.90.

La lesione iniziale guarì completamente dopo tre o quattro giorni dalla prima iniezione e l'infermo, terminata la cura, credendosi guarito non volle fare le iniezioni mercuriali che gli erano state prescritte. Nel luglio 1914, senza domandare nessun consiglio ai medici, si unì in matrimonio e la moglie, nell'aprile 1915, mise alla luce un bambino a termine, sano, florido. Iniziatasi la guerra, l'individuo, sentendosi sempre in ottima salute, viene mobilitato e trascorre lunghi e disagiatissimi mesi in trincea.

A lunghi intervalli ottiene qualche breve licenza durante la quale si reca in famiglia e non avvicina altre donne che la propria moglie. Il 4 dicembre 1917 ottenne il permesso di lasciare per brevi ore la prima linea e di recarsi a Verona dove ebbe contatto con una

prostituta. A 22 giorni di distanza, e cioè il 26 dicembre 1917, comparve una sclerosi cui seguì, a 60 giorni di distanza, un sifiderma maculo-papuloso diffuso con placche mucose della bocca e del faringe. Ottenne il permesso di venire in Roma ed in piena efflorescenza secondaria venne visitato dal prof. Ciarrocchi e da me.

Io credo che su questo caso clinico sia superfluo ogni commento; io credo che per potere in questo caso non ammettere una vera e propria reinfezione, sia necessario lo sforzo direi quasi artificioso di un ragionamento troppo sottile, o meglio sia necessario quello scetticismo eccessivo che sempre conduce, perchè eccessivo, ad errate interpretazioni. In questo caso sono troppo chiari i fatti, le date, le circostanze.

Ricorderò anche un altro dei casi di reinfezione da me riportati verificatosi in un giovane medico che non volendo credere alla possibilità di una guarigione vera, dopo il trattamento precoce e abortivo, seguitò ad esporsi a contagio, ostentatamente, senza remora. Questo giovane medico (V. G., caso n. 47), che nel maggio 1919 si era contagiato per la prima volta, tornò a contagiarsi nell'agosto 1921.

Il numero delle reinfezioni pubblicate dagli autori può forse sembrare troppo elevato in rapporto al numero dei casi clinicamente e sierologicamente guariti, ma può, io credo, trovarsene la spiegazione nella facilità con la quale questi individui tornano ad esporsi a contagio ritenendosene immuni.

CONCLUSIONE.

L'argomento della terapia precoce abortiva della sifilide è stato fino ad oggi largamente ma non completamente trattato, e se le osservazioni ed i risultati ottenuti dai varî autori ci dànno un orientamento ottimistico, non ci dànno la spiegazione di molti fatti sui quali occorre ancora intensamente studiare.

Noi ad esempio, come ho già detto, non possiamo spiegarci la ragione per la quale in alcuni casi si ottenga la guarigione ed in altri clinicamente, sierologicamente, microscopicamente identici non si riesca ad ottenere. Nella mia statistica si osserva questo fatto che su 8 casi identici sotto ogni riguardo cominciati tutti a curare dal 9° al 10° giorno dalla comparsa dell'ulcera, 5 ne guarirono, 3 recidivarono. La spiegazione di questo fatto, io torno a dire, probabilmente va ricercata nel ciclo di sviluppo della spirochete la cui biologia è purtroppo ancora sconosciuta.

Nell'infezione malarica sia da parassiti primaverili (Terzana e Quartana) o da estivo-autunnali, è cosa possibile ottenere la guarigione completa con un solo intenso razionale periodo di cura chininica. Viceversa sono tutt'altro che rare le recidive spesso dovute alla presenza nell'organismo di forme parassitarie poco sensibili all'azione del chinino.

Non può un fatto simile od analogo verificarsi nella sifilide?

Occorre, io ripeto, studiar la biologia dell'agente patogeno e soltanto quando questa sarà conosciuta potremo ragionare con più solido fondamento.

Ma qualunque possa essere la ragione dei successi o degli insuccessi, si tratti pure di guarigione apparente o di guarigione reale, un fatto emerge incontrovertibile dagli studi finora compiuti e cioè che nei soggetti trattati con terapia precoce abortiva la comparsa delle manifestazioni secondarie infettanti è un fatto eccezionale, ed i malati trascorrono il periodo forse più fastidioso dell'infezione sifilitica in pieno benessere. Questo è il fatto di straordinaria importanza che da solo ci autorizza a seguitare a praticare su larga scala la cura precoce abortiva sia nell'interesse del malato sia nell'interesse collettivo d'igiene e risanamento sociale.

Secondo la statistica di Fournier l'80 % dei contagi è dato dalle manifestazioni secondarie e soltanto il 20 % dalle sclerosi iniziali; quindi, con la soppressione di quelle, si verrebbe a ridurre dell'80 % la diffusione della sifilide. Oggi con gli arsenobenzoli abbiamo il mezzo di compiere questa grande opera di profilassi e di bonifica umana; ma se le cure precoci abortive praticate su larga scala potranno quasi sempre impedire la comparsa delle manifestazioni umide del periodo secondario, occorre completar l'opera praticando periodicamente in tutti quei soggetti che sono la sorgente abituale dell'infezione un trattamento arsenobenzolico profilattico e curativo. È oggi indispensabile su questo punto qualche disposizione legislativa!

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Su di un caso di astasia-abasia.

Dott. P. F. ZUCCOLA, primario e docente.

Il giorno 7 settembre veniva portato all'Ospedale tale Ch... Giuseppe, d'anni 38, da qualche tempo incapace a star ritto ed a camminare. Interrogato sui suoi disturbi risponde stentatamente, la sua coscienza sembra obnubilata, ha l'aspetto di un allucinato sebbene dimostri di prender parte a quanto avviene attorno a lui: presenta ogni tanto movimenti clonici di lateralità del capo, movimenti di masticazione e di proiezione della lingua. Gli arti superiori sono in semiflessione, rigidi con dita forzatamente estese; i movimenti attivi sembrano impossibili, i passivi ostacolati da un accentuarsi della contrattura; gli arti inferiori sono in estensione forzata; il sinistro in preda a tremito a larghe scosse, il movimento passivo di abduzione e di flessione delle gambe è impossibile; i riflessi pupillari sono normali, normali i cutanei, accentuati i tendinei con clono del piede. Il paziente, alle domande rivoltegli, risponde con voce afona, intercalando le parole con movimenti di lateralità del capo. All'esame della sensibilità la termica non si dimostra alterata; per la tattile in corrispondenza della metà sinistra del torace e più precisamente in una zona limitata tra il II e il IX arco costale si rileva una zona di anestesia con analgesia; all'arto inferiore sinistro si ha una diminuzione della sensibilità tattile e termica in una zona limitata in alto dall'articolazione del ginocchio, in basso dal malleolo; una zona di ipoestesia ed ipoalgesia si osserva ancora in corrispondenza della regione scapolare sinistra. Dermografismo marcatissimo. Profusa sudorazione quando il paziente è soggetto ad un interrogatorio un po' protratto od anche ad un esame un po' minuto. Messo in piedi compaiono dei movimenti alterni di flessione sugli arti inferiori come se di tanto in tanto venisse a mancargli ogni forza per sostenersi: forzato a camminare e sorretto assume una andatura da ubbriaco a tipo paretico-spastico, intercalando ogni passo con movimenti di flessione sugli arti inferiori che vanno via via accentuandosi fino a che il paziente viene a terar. Nulla al fondo dell'occhio, il campo visivo, specie nella sua metà esterna, è notevolmente ristretto.

Richiesto perchè sia incapace a camminare, risponde che in seguito ad un trauma ricevuto in corrispondenza del malleolo sinistro la stazione eretta gli è impossibile causa i vivi dolori che risente non solo alla regione colpita, ma a tutto l'arto. L'esame infatti della parte dimostra un'ecchimosi occupante quasi tutta la superficie esterna del piede; l'articolazione però non è lesa e nessuna lesione è apprezzabile alla gamba ove afferma risentire tali dolori.

Dato il quadro illustrato ci troviamo di fronte ad un caso di astasia-abasia a carattere trepidante. Astasia-abasia in quanto il paziente è incapace di tenersi dritto e camminare ad onta dell'integrità degli apparati della locomozione; trepidante in quanto la stazione eretta è ad ogni istante turbata da brusche flessioni del bacino sulle coscie e delle coscie sulle gambe analogo a quanto si osserva in una persona che riceva all'improvviso un colpo secco al poplite.

Se non che nel paziente si osservano ancora altri fenomeni che per l'esattezza del diagnostico meritano di essere ricordati: esso mantiene la posizione supina e non muove passo perchè un minimo sforzo per sedersi o per camminare o tenersi ritto provoca uno stato d'angoscia con dispnea subbiettiva (obbiettivamente rilevabile con respirazione stertorosa ed irregolare) con sensazioni moleste al capo, al dorso ed alla regione epigastrica, infine con cardiopalmo. Per ciò la forma ha ancora i caratteri della stasofobia e della basofobia. Nel qual caso egli sarebbe abasico nel senso etimologico della parola, sarebbe abasico per un motivo speciale, per paura, per fobia che lo incoglie nel momento di mettersi in piedi e di camminare in pubblico. E come il fobico è un attento fino all'ossessione: quando deve superare qualche difficoltà dimostra una tensione quale impiegherebbe se dovesse condurre a termine un lavoro difficilissimo: nel qual momento la dispnea raggiunge il suo massimo, facendosi stertorosa, il polso frequentissimo, piccolo quasi filiforme, la colorazione del volto cerea quasi cadaverica, mentre abbondante sudore gli imperla il volto e tutto l'aspetto e tutta l'attitudine si fa di uomo smarrito.

Tenuto conto degli anzidetti fatti considerati nel loro complesso sintomatologico il Ch... è uno psicopatico, un isterico il cui dolore all'arto inferiore ha creato nella sua mente l'idea dell'incapacità a mantenere la posizione verticale ed a camminare. E della natura nevropatica della forma ne fa fede il modo d'insorgere e di scomparire, le alterazioni della sensibilità, il restringimento del campo visivo, il modo di incedere, infine i caratteri

fobici colle relative modificazioni del polso e del respiro.

***

Il primo cenno all'astasia-abasia forse si deve non al Jaccoud ma al Briquet il quale trattando delle paralisi isteriche nota come sia sorprendente vedere questi ammalati muovere con relativa facilità ed anche con forza gli arti inferiori mentre sono incapaci a tenersi ritti sia pure per un solo istante sulle loro gambe. Nel lavoro del Jaccoud è distinto col nome di *atassia per mancanza di coordinazione automatica* un disturbo motore consistente nel fatto che « i movimenti sono normali quando sono eseguiti nella posizione supina o seduta mentre sono atassici nella stazione eretta e durante il cammino: si vedono allora delle contrazioni involontarie disturbare l'equilibrio o interrompere l'armonia dell'atto funzionale ogni volta che la pianta del piede tocca il suolo, quando cioè le impressioni centripete risultanti dal contatto risvegliano l'ipercinesia morbosa del midollo ». « Nella patogenesi questa forma non differisce dall'atassia completa che per la coordinazione volontaria, cioè nel senso muscolare; in clinica si distingue per i risultati negativi della prova degli occhi e per adattamento regolare dei movimenti allo scopo voluto ». « Questa forma molto rara non è stata fin qui osservata che negli isterici e parrebbe dovuta all'esagerazione dell'eccitabilità riflessa del midollo, anzi che alla perturbazione delle irradiazioni spinali ». Descrizione esatta ma infondata nell'interpretazione come provano i casi di abasia pura nei quali la stazione eretta resta normale ad onta del contatto della pianta dei piedi sul suolo. Lebreton, trattando della paralisi isterica, soggiunge: « accade spesso che l'ammalato essendo coricato possa imprimere dei movimenti estesi agli arti inferiori, ma se si tenta di fargli muovere qualche passo il cammino si compie dapprima lentamente poi le gambe si indeboliscono e si piegano sotto il peso del corpo; si direbbe che ad un certo momento l'influsso nervoso che il paziente possiede si esaurisca ».

Tale quadro da Charcot e Richer veniva riconosciuto come dovuto ad un'impotenza motrice degli arti inferiori per difetto di coordinazione relativo alla stazione ed al cammino, da Weir-Mitchel, Erlenmeyer, Henoch, Souza, Leite, Grasset, Moebius, Hammond, Pitres, Howalewski, Benedikt, Pace, Knopp, ecc., come un'atassia motrice di natura isterica.

Se non che a lato di questa tutta una serie di nuove osservazioni dimostrano l'esistenza di altre la cui genesi va ricercata non tanto nell'idea dell'incapacità a sorreggersi ed a camminare, quanto in una paura ossessiva, in una fobia a compiere tali atti (atremia di Neftel, stasofobia di Bouveret, abasia emottiva di Leglas, Bingswanger. Debove, Hallio, ecc.).

Dal punto di vista sintomatico il disturbo è unicamente a carico degli atti associati della stazione eretta e del cammino pur rimanendo integre la forza, l'estensione e la coordinazione dei movimenti nel decubito dorsale. Su questi caratteri il Blocq basa la diagnosi differenziale fra astasia-abasia e la paraplegia isterica: se non che egli è troppo assoluto nell'affermazione poichè non mancano le osservazioni in cui anche in posizione supina si avevano alterazioni dei movimenti (Blocq, Charcot, Herb). Al contrario l'incapacità alla stazione eretta ed al cammino non sono mai assoluti poichè se molte volte l'ammalato non può tenersi ritto nè camminare ed appena tocca il suolo le gambe si flettono e cade, molte altre esso può ancora tenersi in piedi, ma è incapace di camminare (abasia pura), ovvero non è in grado di conservare che per qualche tempo la stazione eretta pur potendo camminare senza difficoltà (astasia pura), altre volte infine il paziente compie bene i primi passi, ma dopo qualche istante il cammino diventa incerto, le gambe cominciano ad oscillare fino a cadere. Così negli 11 casi di Blocq la facoltà di mantenere la stazione eretta e di camminare era impossibile in quattro casi, in 1 era indebolito, nel 6° e nel 10° era turbata, nell'ultimo l'astasia-abasia non sopravveniva che a titolo di complicanza.

L'astasia-abasia paralitica (Charcot) può presentarsi in gradi diversi: in qualche paziente esiste incapacità assoluta ad alzarsi dal letto, da una sedia, a mantenersi ritto, a camminare: l'ammalato si lascia andare a terra, solo quando lo si sorregge sotto le braccia può eseguire movimenti coordinati, quasi avesse perduto la memoria del cammino. Altre volte il disturbo è meno pronunciato, il paziente può ancora alzarsi e tenersi ritto, ma nel momento di mettersi in cammino incominciano i movimenti incoordinati, il piede si solleva con difficoltà e le gambe vengono gettate qua e là proprio come se il paziente fosse incapace a camminare.

Nella forma coreiforme la stazione eretta è ad ogni istante turbata da flessioni del bacino sulle cosce e delle cosce sulle gambe come se ricevesse all'improvviso un colpo secco nel cavo del poplite; a mano a mano che egli procede nel cammino le flessioni si fanno sempre più precipitate: a volte sembra debba qua-

si cadere e compie allora qualche passo all'indietro a guisa di una persona che avendo urtato in un ostacolo cerchi di riprendere l'equilibrio. Tali movimenti anomali si combinano con altri: la testa compie in rapporto al tronco un movimento di flessione e di rotazione e gli avambracci si flettono a lor volta sulle braccia. Questa forma potrebbe anche confondersi colla corea ritmica o come una sua varietà.

Identiche considerazioni valgono per la trepidante: in questa il cammino è ostacolato da movimenti contraddittori che irrigidiscono gli arti inferiori e ricordano lontanamente quanto si osserva in alcune forme di paraplegia spasmodica. Ma Charcot stesso avvertiva come nessun tipo da lui classificato si presentasse nei vari casi allo stato di purezza, la classificazione non essendo che uno schema indicante i principali punti di repere attorno ai quali possono raggrupparsi le varietà molto numerose che la clinica ci offre. A quella stessa guisa per cui non si può immaginare che una forma isterica mantenga sempre lo stesso quadro per quanto esso sia ampio. Ladame descrisse un caso di astasia-abasia sotto forma di accessi, Brissaud una varietà saltatoria, il Bamberger una forma da contrattura saltuaria riflessa, Gowers uno spasmo saltatorio.

Sulla guida di tutte queste varietà Thjssen propose la seguente classificazione:

Astasia-abasia: per accessi; continua: paraplegica; atassica: trepidante; coreiforme; saltatoria; sembrandogli troppo poco comprensiva quella di Charcot:

Astasia-abasia: paralitica; atassica: trepidante; coreiforme.

Se non che altre varietà possono aggiungersi: la forma saltellante (Pitres), la forma con rigidità degli arti (Richert), la forma oscillante (Surmont e Brunelle), ecc.

In ogni modo una delle caratteristiche costanti è sempre la possibilità di ogni sorta di movimenti complicati accanto all'incapacità più o meno assoluta del cammino normale.

Un astasico-abasico incapace di lasciare il letto può essere in grado di nuotare senza difficoltà (Thissen) o camminare all'indietro o salire le scale (Binswangen), dissociazione paradossa non esclusiva dell'astasia-abasia ma di tutte le disbasie in genere.

Secondo Charcot il meccanismo dell'astasia-abasia dipende da una sorta di amnesia che colpisce ora il centro corticale della stazione eretta e della deambulazione, ora il centro spinale. Secondo Blocq l'alterazione sarebbe puramente dinamica, ma per quanto dinamica essa risiederebbe pur nondimeno in certe regioni dei centri nervosi capaci di determinare clinicamente lo stesso quadro sintomatologico che in un caso di lesione organica. Ma tutti questi tentativi di localizzazione anatomica di un disturbo di natura isterica non corrispondono alla realtà. La concezione classica di una nevrosi isterica a base fisiologica da perturbazione dinamica di determinati centri a funzione stabilita può dirsi definitivamente caduta. Le paralisi isteriche non corrispondono mai a lesioni di aggruppamenti anatomici definiti, psichiche nella loro natura non sono che la realizzazione subcosciente di immagini auto- ed etero-suggerite ed improntano la loro forma a idee vaghe ed erronee che i profani possono avere di una paralisi. È facile comprendere come una paralisi isterica non essendo che la copia dell'immagine che il paziente se ne fa, debba essere varia da caso a caso e le sue manifestazioni apparire assurdamente associate, dissociate o limitate in confronto delle manifestazioni di una paralisi organica, limitazione e dissociazione che ne formano una delle caratteristiche. E la rapidità possibile della guarigione di queste paralisi sotto un'influenza psichica è una riconferma della loro natura essenzialmente psichica: quindi come ogni altro fenomeno isterico, l'astasia-abasia può esistere isolata od associarsi ad altre malattie che ne complicano il diagnostico.

Qualunque cosa possa generare l'idea di una incapacità a camminare può essere causa occasionale, in un soggetto isterico, di astasia-abasia. Così una semplice causa emottiva: casi di Bloch, Charcot, Richer, Romei; un trauma, osservazioni di Alessi, Gabbi, Balmin, Meyer, Acquaderni, Lejonne, Chartier; il senso di debolezza consecutivo a malattie infettive, osservazioni di Silvestri, Helfer; infine il ricordo di una malattia che ha turbato realmente l'equilibrio e che suggeriscono l'incapacità a camminare (malattie labirintiche: Wimmer, Neri, Bonnier; sclerosi in placche; Buch; paralisi agitante: Knapp; tumore cerebrale Penas; malattie spinali: Brissaud; trepidazione epilettoide: Babinski.

Dall'analisi e dal confronto dei disturbi isterici ed organici del cammino si rilevano le loro costanti differenze. Come non esiste una affezione isterica con caratteri proprii di una affezione organica, così non esiste un tipo di andatura isterica somigliante ad un tipo di andatura organica.

Il cammino di un ammalato organico trae le sue caratteristiche da attitudini speciali che il processo morboso imprime agli apparati della locomozione e del tentativo della loro compensazione, ne risulta così un tipo di cammino presso che costante per ogni entità morbosa. Al contrario ogni isterico cammina in un modo suo speciale con qualche cosa di atipico, di dissociato, di paradossale, che è in evidente contrasto con le manifestazioni motorie di un ammalato organico; nelle paralisi isteriche si osserva sempre qualche singolarità estranea al quadro clinico della corrispettiva paralisi organica.

Neftel e Bouveret fecero dipendere alcune forme di astasia-abasia da una follia ipocondriaca o da una semplice fobia: paura della stazione eretta (stasofobia) nel qual caso l'abasico è tale per un motivo speciale; per paura, per fobia che lo coglie al momento di camminare: egli non prova la fatica del paralitico isterico per fare avanzare il suo arto impotente e debole; ma è incapace a camminare per l'angoscia che il cammino gli produce. Accanto al disturbo della stazione eretta e del cammino si trova sempre uno stato più o meno accentuato di emottività; il basofobico è un emottivo il cui spirito è di continuo agitato dalle angoscie del dubbio, dello scrupolo, della fobia (fondo mentale di dubbio e di paura che caratterizza l'emottivo di Morel e lo psicastenico di Janet). È appena necessario il dire che i disturbi mentali sono essenzialmente diversi nell'astasia-abasia isterica e nell'astasai-abasia fobica. Mentre il fobico è attento fino all'ossessione, l'isterico è anzitutto un distratto. Lasègue e Charcot avevano già insistito sul sentimento di indifferenza che sembra accompagnare la paralisi isterica. Nell'isterico paralizzato si osserva una tranquillità, una inerzia, un'indifferenza sconcertante e questa passività subcosciente fa spiccato contrasto coll'ansia del fobico che, lungi dall'accogliere l'idea suggestiva, lotta contro di essa. Questa differenza è particolarmente netta quando si paragonano fra di loro i due disturbi dell'andatura: l'astasia e la basofobia. L'astasico isterico è convinto che non può camminare e non vi si prova nemmeno; il basofobico ha paura di camminare, tenta invano di compiere un passo. E mentre l'abasia isterica nasce quasi incoscientemente, l'ossessione s'impone alla coscienza. Mentre l'abasico isterico è in grado talvolta di guarire il suo disturbo grazie ad uno sforzo della sua volontà, per autopersuasione e molto facilmente anche in virtù di una eteropersuasione, il basofobo invano tenta di vincere la sua fobia, ogni sforzo ha per risultato di concentrare sempre più l'attenzione sull'idea di allontanare in modo da renderla più vivace con predominio sempre dell'idea fissa.

Queste considerazioni non hanno solo un interesse puramente teorico, ma anche pratico: terapeutico. Mentre siamo in grado di agire su di una astasia-abasia isterica, di farla sparire col ragionamento, colla persuasione; ci troviamo disarmati di fronte alla fobia del psicastenico, ogni forza non vale contro l'idea imperante, intermittente nel suo decorso accompagnata anche da altre fobie più o meno angosciose.

AMBULATORIO DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI della Congregazione di Carità in Roma.

Sulla diplopia volontaria.

Dott. OTTORINO BALDUZZI.

Per quanto abbia ricercato nella letteratura medica non ho trovato osservazioni di casi di diplopia volontaria, e alla possibilità di essa non se ne fa cenno nei trattati da me consultati. Ritengo perciò non superflua la pubblicazione di due casi che mi fu dato osservare recentemente in due soggetti che si presentarono all'ambulatorio per disturbi non in rapporto con l'apparecchio visivo. Le due mie osservazioni sono state ripetutamente controllate dal prof. A. Giannelli, direttore dell'Ambulatorio.

OSSERVAZIONE I. — G. G. di anni 64 (cultura superiore).

Racconta di aver sofferto all'età di 5 anni di congiuntivite della quale guarì rapidamente e bene: ricorda che circa all'età di 8 anni si accorse guardando un lume che poteva volontariamente veder doppio: non ha mai avuto strabismo.

Esame obiettivo. — Palpebra superiore leggermente abbassata bilateralmente. Rima palpebrale uguale nei due lati; occhi ugualmente infossati. Allo stato di riposo i bulbi oculari si trovano nella posizione media normale. Oculomozione normale; all'esame monoculare si trova che nella rotazione esterna, sia del bulbo oculare destro che di quello sinistro, rimane scoperto un piccolissimo triangolo di sclera; così pure nell'esame bioculare nella visione di lateralità estrema verso destra o versi sinistra rimane ugualmente scoperto un piccolo triangolo di sclera.

Il paziente provoca la piplopia volontaria nel seguente modo: fissa con un occhio (ad es. il destro) l'oggetto posto davanti ad esso, qualunque sia la distanza, volgendo contemporaneamente il capo verso il lato del bulbo oculare col quale egli vuole produrre la diplopia (ad es. a sinistra); dopo 7-8 secondi

questo bulbo oculare ruota in modo uniforme verso l'esterno, fino a raggiungere metà distanza tra la posizione media normale del bulbo e l'angolo palpebrale esterno. Sorge così uno strabismo divergente con diplopia crociata. Il soggetto riconosce che l'immagine nuova sopraggiunta si trova all'interno di quella primitiva; ciò che è dimostrato anche dall'esame coi vetri colorati. In tale posizione il bulbo può rimanere per qualche minuto senza che il paziente risenta fastidio. Durante il detto mivimento non si osservano contrazioni associate in nessun territorio muscolare.

Ipermetropia di I D bilaterale: presbiopia. Visus (corretta la refrazione) 9/10 a D, 4/10 a S. Con lenti adatte legge correttamente caratteri fini di stampa. Pupille uguali, ristrette, con reazione buona alla luce, all'accomodazione e alla convergenza. Trasparenza completa dei mezzi rifrangenti. All'esame del fondo si nota modico grado di congestione papillare un po' più sensibile a sinistra.

OSSERVAZIONE II. — C. B. di anni 35 (cultura superiore).

Ricorda di poter veder doppio spontaneamente fin dall'infanzia. Non ebbe mai a soffrire di alcuna malattia oculare.

Esame obiettivo. — Rima palpebrale ugualmente aperta nei lati, occhi ugualmente infossati. Allo stato di riposo i bulbi si trovano nella posizione media normale e uguale nei due lati. Tutti i movimenti sono possibili e completi sia nella visione mono che bioculare.

Il soggetto riesce a provocare la diplopia nel seguente modo: fissa l'oggetto con un occhio (ad es. il destro), ruotando leggermente il capo verso il lato opposto (ad es. a sinistra), cioè verso il lato dell'occhio col quale provocherà la diplopia; poi ruota questo all'interno mentre l'altro bulbo rimane quasi immobile; ottiene così uno strabismus-convergens: può mantenere i suoi bulbi in tale posizione per circa un minuto, e afferma di veder doppio tutti gli oggetti che gli si pongano dinanzi a qualunque distanza; non sa distinguere l'immagine vera dalla falsa. Coi vetri colorati si stabilisce che la diplopia è orizzontale omonima.

Esame dell'occhio, visus 12/10 in 00. Mezzi rifrangenti normali. Pupille uguali, bene reagenti alla luce, alla accomodazione e alla convergenza. Fundus oculi normale; C. V. normale.

Il primo paziente riesce a contrarre volontariamente ed isolatamente il muscolo retto esterno, bilateralmente, provocando così una diplopia crociata; il secondo riesce a contrarre isolatamente il muscolo retto interno nei due occhi, provocando una diplopia omonima. Si ha cioè una dissociazione volontaria nei movimenti normalmente sinergici.

La possibilità di dissociare movimenti sinergici che è così rara nei muscoli oculari, si riscontra più frequentemente per esempio nel muscolo frontale, le cui due metà, che di solito si contraggono sinergicamente, possono essere dissociate in alcuni soggetti, cioè possono essere contratte separatamente.

I nuclei del *oculòmotorius* e dell'*abducens*, per parlare di quelli in questione, sono intimamente connessi tra loro da fibre che decorrono nel *fasciculus longitudinalis posterior* (Grasset, Raymond, Bruce, Déjerine, Bing ecc.) fibre che mantengono la sinergia funzionale dei rispettivi muscoli. Nel primo dei nostri casi il nucleo dell'*abducens* e nel secondo la porzione del nucleo dell'*oculòmotorius* spettante al muscolo retto interno, si sono liberati dalla loro assoluta interdipendenza fisiologica in modo che, probabilmente favoriti da speciali condizioni anatomiche, possono entrare in funzione isolatamente per lo stimolo abituale che giunge ad essi dalla corteccia cerebrale.

Nota. — Dopo la correzione delle bozze ho potuto consultare il recente volume VIII del Trattato di Wilbrand und Singer: *Die Neurologie des Auges*, 1921. Gli autori citano cinque casi di possibilità di movimenti dissociati, ma tutti però in soggetti con alterazioni varie nell'innervazione oculare.

FARMACOLOGIA.

COLONIA ERITREA
COMMISSARIATO REGIONALE DI CHEREN
(Servizio Sanitario).

Metodo Provera per l'estrazione della "Cheren-papaina,,.

Il prof. Battistini nel suo trattato «Rimedi Nuovi» riferisce — a proposito della papaina — che ricerche relativamente antiche di Wurtz, di Bouchut, di Albrecht, di Rossbach, di Weg, hanno dimostrato che tale sostanza possiede la proprietà di digerire i proteidi in modo analogo alla pepsina. Numerosi studi fatti in seguito hanno sempre confermato lo stesso fatto, e tutti gli osservatori sono stati, inoltre, concordi nel riconoscere che la papaina dispiega le sue proprietà proteolitiche tanto sulle albumine animali che su quelle vegetali, e che, contrariamente a quanto avviene per la pepsina, la papaina è in grado di manifestarle anche in un mezzo alcalino o neutro. Questo fatto basta da solo a rendere evidenti i vantaggi della somministrazione della papaina anzichè della pepsina per gli ammalati di insufficienza cloridrica; la papaina in questi casi si dimostra egualmente attiva, la pepsina deve essere invece addizionata ad acido cloridrico. Oltre alle qualità proteolitiche anzi descritte, Albrecht Martin e Chittenden hanno pure constatato che la papaina possie-

de proprietà coagulanti sul latte analoghe a quelle caratteristiche del Lab-fermento.

Indipendentemente da queste ricerche, che sono relative ad esperienze di digestione artificiale, offrono interesse per la terapia gli studi di Sittman e di Hirsch praticati sopra malati dispeptici, mediante prove della digestione esperita col solito metodo del sondaggio. Dagli autori sopra citati è stato dimostrato che tutte le sostanze ingerite vengono, per opera della papaina, più presto ridotte in finissima poltiglia, dimodochè lo svuotamento dello stomaco viene reso più facile e più rapido.

Viollin, dopo aver esperimentata l' azione della papaina sopra un buon numero di gastropatici, è giunto alla conclusione che questa sostanza aumenta la secrezione dell'acido cloridrico e della pepsina tanto in condizioni normali che in condizioni patologiche. Egli ammette che la papaina determina un'influenza specifica sulle terminazioni nervose dello stomaco, capace di provocare, per via riflessa, una secrezione più abbondante di succo gastrico. Oltre a ciò la papaina possiede per sè stessa le proprietà digestive descritte, le quali la rendono superiore a tutti gli altri rimedi congeneri. Per queste pregevolissime virtù curative la papaina opera veri miracoli terapeutici nei casi di dispepsia atonica primitiva o secondaria, per esempio in quella che accompagna le malatte croniche febbrili. In queste circostanze è stato notato un considerevole aumento dell'appetito ed è stata verificata la scomparsa della penosa sensazione di peso e di pienezza dello stomaco, della pirosi, della aerofagia, dei dolori gastrici e dei conati di vomito. L'uso del rimedio prolungato per molte settimane non ha mai determinato alcun inconveniente.

Risultati favorevolissimi vennero pure ottenuti da Goliner, Hock, Jounger, i quali hanno notato un benefico effetto nelle crisi gastriche e nei dolori lancinanti che si verificano nel cancro dello stomaco. Hirsch ha osservato che in tutti i casi nei quali esiste mancanza assoluta di acido cloridrico, come negli ultimi stadii della gastrite cronica, nella atrofia della mucosa del ventricolo, come pure nelle anacloridrie di origine nervosa, la papaina trova la più notevole indicazione. La stessa cosa può dirsi a proposito delle dispepsie acute, specialmente per quelle dei bambini. Dopo tutto, trattandosi di un rimedio privo assolutamente d'inconvenienti, si può anche essere un po' larghi nel suo uso in tutti quei casi nei quali convenga favorire la digestione dell'ammalato per potergli fare assimilare una quantità grande di alimenti.

Tutti gli studiosi della papaina sono unanimemente concordi nel ritenere che detta sostanza si estragga solo dalle foglie e dai semi della pianta. Il Villavecchia, nel suo Dizionario di Merceologia, riferisce «che dal tronco, «dalle foglie, dai semi. dalle radici della Ca- «rica Papaya si può ricercare un succo latti- «ginoso, il quale ha la proprietà di rendere «tenera, in breve tempo, la carne degli ani- «mali molto vecchi o di quelli uccisi di re- «cente, in grazia del fermento speciale con- «tenutovi, cioè della papaina».

Non mi consta che nessun esperimentatore dia importanza al frutto come sorgente ricchissima di papaina, ed anzi da qualche autore si ritiene che il frutto sia addirittura privo di fermento.

Dopo lunghi studi e numerose ricerche, mi sono convinto ch'è proprio dal frutto che si può estrarre la massima quantità di papaina, e perciò ascrivo a me la priorità della scoperta, in attesa di rendere di pubblico dominio le mie ricerche sperimentali. L'estrazione della papaina dal frutto della Carica Papaya è da me ottenuta nel seguente modo: Scelgo anzitutto le piante che abbiano sul loro fusto frutti acerbi; al di sotto di questi colloco un recipiente reniforme, il quale è munito di una molla inserita dal lato della curvatura minore e di un beccuccio dal lato della massima curvatura. La molla viene leggermente spinta contro il fusto, ed è poi tenuta ferma da un piccolo gancio a vite. Essa ha così lo scopo di trattenere il recipiente aderente alla pianta, in modo da raccogliere completamente il lattice che sgorgherà dai frutti. Fissato così il recipiente (il cui beccuccio deve essere antecedentemente chiuso da un turacciolo) pratico sulla porzione esocarpica dei frutti delle minutissime scarificazioni lineari, servendomi — in genere — dei comuni pennini vaccinostili. Tosto scorre dalle corteccie dei frutti un succo lattiginoso bianco, viscido, di odore aromatico speciale e di sapore metalloide astringentissimo.

Dopo molti tentativi sperimentali ho scoperto che quanto più sono superficiali le incisioni, tanto maggiore è la quantità di succo che scorre, il quale fatto dimostra che nella porzione più esterna della corteccia del frutto vi è tutto un sistema capillare di vasi latticiferi. Anche questo tema sarà argomento di alcune mie note personali sull'istologia del frutto della Carica Papaya, ricerche che documenterò con preparati microscopici e che

pubblicherò su giornali di farmacologia. Dalle mie esperienze risulta che questo sistema vasale è superficialissimo, e che esso è assai più sviluppato verso il polo opposto a quello d'inserzione del peduncolo che sostiene il frutto al fusto.

Il succo lattiginoso così ottenuto deve essere disseccato, e l'essiccazione si può raggiungere sia mediante la prolungata esposizione ai raggi solari, sia mediante il calore a secco. Si ottiene così una polvere fine, bianco-giallastra, che costituisce la papaina allo stato di massima purezza, comunemente usata nella terapia e nell'industria farmaceutica. La papaina da me ottenuta è caratterizzata dalle seguenti reazioni:

Essa è facilmente solubile nell'acqua; è solubilissima nell'acqua alcalinizzata. La soluzione acquosa schiumeggia quando venga agitata e coll'ebollizione s'intorbida lievemente senza però dar luogo a coagulazione.

La papaina in soluzione allo 0.75 ‰ presenta le reazioni seguenti, che naturalmente sono più spiccate ad uno stato di concentrazione maggiore (2-5 ‰): coll'acido nitrico a freddo si ha un precipitato omogeneo bianco-lattiginoso; a caldo si ottengono precipitati fioccosi di colore ocra, che depositano al fondo della provetta; coll'acido acetico si ottiene un intorbidamento albescente. Col reattivo di Trommer la soluzione si colora di un bel violetto, e prolungando l'ebollizione si ottiene in seguito, a freddo, un precipitato caratteristico di un magnifico color violaceo. Coll'acido cloridrico si ottiene un precipitato bianco, che a caldo assume uno splendido color roseo. La soluzione di papaina alcalinizzata, trattata con qualche goccia di percloruro di ferro (S. O.) e scaldata, dà luogo ad un precipitato di colore mogano. La papaina da me ottenuta è insolubile nell'alcool e nell'etere, ed in soluzione acquosa precipita quando sia trattata cogli acidi nitrico, metafosforico e picrico; il cloruro di platino la precipita a freddo. La soluzione ottenuta sciogliendo gr. 0.10 di papaina in 150 cm.^{3} d'acqua alcalinizzata scioglie nel periodo di 4-6 ore, alla temperatura di 40° C. gr. 10 di albumina d'uovo coagulata e triturata.

La maggior parte di queste reazioni sono consigliate dal Villavecchia nel suo già citato Trattato di Merceologia, e sono ritenute come saggi caratteristici per giudicare dello stato di purezza assoluta delle varie papaine esistenti in commercio.

Concludendo, il mio processo per l'estrazione della papaina dal frutto della Carica Papaya presenta sugli altri metodi i seguenti vantaggi: la pianta non viene affatto lesa nella sua vitalità, come nel caso in cui si sacrifichino, per l'estrazione del succo, le foglie, o tanto peggio il tronco o le radici; il frutto può essere utilizzato più volte per l'estrazione della papaina; inoltre esso non viene affatto a soffrire per opera di queste manovre, al punto che può continuare a maturare e infine servire ancora come commestibile, conservando completamente il gusto sapido e piacevole, del tutto identico a quello dei frutti non utilizzati per lo scopo dell'estrazione della papaina. Inoltre la quantità di succo che può essere ottenuta è di gran lunga maggiore a quella che può essere fornita da tutti gli altri organi della pianta (1).

Dott. GIOVANNI PROVERA
medico regionale di Cheren.

(1) Ho ottenuto pertanto di far tutelare dalla legge questo sistema di estrazione della papaina dal frutto della Carica Papaya; questo trovato porta il nome di metodo Provera, e la papaina così estratta, in omaggio alla ubertosa regione che ha fornito il materiale per le mie ricerche, è stata brevettata col nome di « Cheren-Papaina ».

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

La rachitide.
(Patogenesi e terapia)

Lasciando da parte la questione se la rachitide sia una malattia acquisita come molti autori pensano, congenita, così da essere taluno dei suoi tipi trasmesso in qualche famiglia con fedeltà fotografica (Fischl), la nozione che nella medesima il ricambio della calce sia alterato in maniera profonda è ogni giorno sempre più comprovato dalla insufficiente ossificazione delle varie parti dello scheletro, e dal rammollimento di quelle che avevano presentata una normale ossificazione. Ceconi (*Minerva medica*, 1922, n. 9) ricorda come dalle esperienze in proposito fatte si è dovuto venire alla conclusione che non esiste un diretto rapporto tra la rachitide e il ricambio della calce. Altri elementi in passato molto discussi e variamente apprezzati nella eziologia della rachitide meritano ora di essere sottoposti agli altri e considerati, se mai, come predisponenti alla malattia: così l'influenza della raz-

za, il modo di allattamento, il clima, le cattive condizioni igieniche delle abitazioni. Interessante è l'opinione di Wachsmuth che attribuisce all'accumulo di acido carbonico nel sangue ed alla conseguente mobilizzazione della calce dalle ossa, la genesi della rachitide. La opinione che la rachitide fosse di natura infiammatoria (Kassowitz) non è più adottata da alcuno così anche la sua origine infettiva, alla stregua della sifilide ereditaria (Parrot), o come una speciale forma di febbre intermittente (Oppenheim) legata all'azione di germi noti (piogeni, coli, pneumococco, pneumobacillo) insediatisi nel midollo delle ossa (Mircoli, Smaniotto), o a quella di un germe specifico (Morpurgo, Koch).

Le nuove vedute circa la patogenesi della rachitide ci vengono dalle recenti dottrine sulle vitamine e sulle secrezioni interne. Secondo i sostenitori della teoria dell'avitaminosi, esiste negli alimenti una sostanza dotata di azione antirachitica, la quale è molto diversamente distribuita negli alimenti vegetali od animali. Tale sostanza detta dagli AA. americani «fattore A», si trova specialmente nelle parti verdi delle piante, e, per essere solubile nei grassi, nei grassi di quegli animali che se ne cibano. Molto ricco ne è anche l'olio di fegato di merluzzo, e se ne trova molto anche nel burro, nel rosso d'uova, nel grasso di vitello; ne sono privi il grasso di maiale, il sego, l'olio di olivo, l'olio di mandorle. Nelle patate, nelle rape, manca del tutto.

La natura chimica di questa vitamina non è ancora ben nota. Sappiamo soltanto che è solubile nei grassi, che forse appartiene agli ossiacidi, forse legata in qualche maniera all'acido fosforico; col riscaldamento forte e protratto perde le sue proprietà, ed anche con processi di riduzione. L'azione sua va interpretata come catalitica.

Il latte, e rispettivamente il burro, è dotato di un potere diverso antirachitico, contiene cioè, in proporzioni molto diverse la vitamina A, a seconda che proviene da mucche che son nutrite con fieno verde o con fieno secco, in altre parole, al pascolo o nelle stalle.

Il fatto che la rachitide ha nell'estate e nell'autunno una decisa tendenza a migliorare ed a guarire, e nell'inverno e nella primavera insorge e peggiora, secondo Stoeltzner può esser posto in rapporto con la diversa alimentazione delle mucche in questa stagione.

Sebbene degna di considerazione la dottrina dell'avitaminosi nella patogenesi della rachitide, appare ancora appoggiata su argomenti alquanto fragili ed insicuri. Non pochi fatti troviamo nella clinica che malamente si accordano con la dottrina in questione, e consigliano a considerare, se mai, la mancanza della sostanza A come una delle cause, non la causa unica della rachitide. E con Stoeltzner possiamo anche ammettere che la carenza di questa sostanza accessoria degli alimenti possa agire non direttamente, ma indirettamente a provocare la rachitide. Già Funch aveva pensato che questa potesse insorgere indirettamente per lo stato di ipofunzione di uno o di più organi a secrezione interna, in seguito alla mancanza della sostanza antirachitica negli alimenti. Poichè una determinata secrezione interna può essere influenzata da cause diverse, ecco che la rachitide considerata alla dipendenza di cause diverse, nel quadro delle manifestazioni endocrine può, almeno teoricamente, trovare una giusta sistemazione. Così insieme conciliate la dottrina delle vitamine e quella delle secrezioni interne, concorrono a suggerire una probabile se non proprio dimostrata, concezione patogenetica della rachitide.

La terapia, nei suoi dati fondamentali, è ancora quella che l'empirismo aveva additata la migliore e risulta ora tanto più accreditata in quanto che risponde ad un concetto moderno di patogenesi, per quanto non ammesso come sicuro, a quello dell'avitaminosi; l'olio di fegato di merluzzo, risultante ricchissimo in sostanza A, domina anche oggi la terapia della rachitide come in passato, ed anche oggi si dà volentieri unito al fosforo od a qualcheduno dei suoi sali, nella cosidetta miscela del Kassowitz: da tenersi presente che l'azione del fosforo contro il processo rachitico senza l'olio di fegato di merluzzo è nulla, mentre quest'ultimo senza il fosforo, è sempre attivo.

La miscela di olio di fegato di merluzzo e di fosforo con l'aggiunta di calce, è anche in grado di dare buoni risultati, per quanto in generale tali preparazioni riescano per l'odore ed il sapore poco gustose. Con l'ossidazione dell'olio di fegato di merluzzo, alcuni autori hanno ottenuto dei prodotti concentrati, emulsioni e polveri, su cui tuttora verte l'esperimento. Senza risultato sono rimasti i tentativi terapeutici con gli estratti opoterapici (timo, tiroide, ovaia, testicolo); adrenalina e paratiroidi sembrano in qualche caso aver dato buoni risultati. Anche la fototerapia agirebbe favorevolmente sulla rachitide.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Osteite fibrosa cistica e cisti essenziali delle ossa.

(A. MOUCHET - P. LE GAC. *Arch. Franco-Belg. de Chir.*, 6 gennaio 1922).

Nel 1906 Mikulicz dette delle cisti essenziali la seguente definizione: « malattia benigna del periodo dell'accrescimento, localizzantesi nelle ossa lunghe degli arti, particolarmente in vicinanza dell'epifisi fertile, caratterizzata da una formazione cistica solitaria con lesione di osteite fibrosa ». A questo si deve aggiungere che queste pseudo cisti (non hanno epitelio di rivestimento) hanno come carattere principale: 1° di essere la lesione preponderante dell'osso; 2° di non essere sotto la dipendenza di uno stato morboso diverso.

Caratteri anatomici. — Localizzazione metafisaria e invasione del bulbo vicino dell'epifisi fertile (lontano dal gomito, vicino al ginocchio, notando che l'omero è l'osso più frequentemente colpito) ovoide, uniloculare, racchiudente liquido chiaro, in cui predomina l'elemento linfocitario, con reperto batteriologico e reazione di Wassermann negativi.

La parete rispetta il periostio e la cartilagine diafiso-epifisaria ed è costituita (Lecène) da tre stati: 1° interno costituito da connettivo povero di nuclei; 2° medio, costituito da travate ossee separate da spazi midollari allargati e pieno di connettivo povero di nuclei; le travate ossee vicine sono alcune volte decalcificate e sono circondate da osteoclasti e da osteoblasti, che corrodono le travate; 3° esterno che corrisponde al periostio.

All'esame microscopico si può trovare anche del tessuto condroide, che gli Autori credono dovuto alla vicinanza della zona di accrescimento oppure a metaplasia dei tessuti, e mieloplassi, che non devono far credere a un tumore a mieloplassi, ma far pensare ad elementi reattivi.

Caratteri etiologici. — Si deve accettare con estrema riserva l'azione del trauma, questo è da ritenersi piuttosto come un rivelatore, per rottura del sottile strato periferico. In alcuni casi gli Autori hanno avuto radiografie positive 2 giorni dopo il preteso trauma causale, senza che vi fossero altri traumi precedenti.

Caratteri sintomatici. — Lungo periodo di latenza; con alcune volte qualche piccolo segno rivelatore. La diagnosi si fa con la radiografia: si trova nella regione metafisaria una espansione ovoide, con parte centrale translucida, con guscio regolare, sottile, più opaco del tessuto normale, come vi fosse un condensamento; infine, cosa molto importante, il periostio è sempre rispettato; anche quando la cisti gli è a contatto la linea periostale mantiene una regolarità perfetta. L'assenza di reazione periostale permette la differenziazione dalle affezioni infiammatorie, l'espansione simmetrica e la non estensione attraverso la corticale è il carattere fondamentale che distingue le cisti dai tumori. Qual'è l'evoluzione di queste cisti? Se non s'interviene e ci si limita all'immobilizzazione si possono avere due eventualità: o la coccia cistica non è rotta da un trauma e la cavità cistica aumenta relativamente poco, senza tendenza all'obliterazione spontanea, o la coccia si rompe, si produce una diminuzione di tensione del liquido che si può diffondere nelle parti molli vicine e progressivamente si sviluppa una neoformazione ossea che può portare a guarigione spontanea, così che il trauma può essere non solo rivelatore, ma anche curante. Se s'interviene il risultato è lo stesso: allo schermo si vede un'opacità crescente.

Regole terapeutiche. — La semplice immobilizzazione basterà nelle cisti fessurate da un tratto di frattura. Quando non esista questa fissurazione nelle ossa d'importanza secondaria ci si può limitare all'attesa; per le ossa più importanti è indicato l'intervento che deve consistere nella *trapanazione con raschiamento della cavità.*

La prognosi in linea generale è molto buona.

Patogenesi: 1° *Teoria neoplastica,* secondo la quale la cisti risulterebbe dalla fusione di un tumore. Deve essere abbandonata; si pensava dapprima si trattasse di sarcomi globocelliclari o a mieloplassi o di condromi. Queste cisti non hanno nulla del tumore.

2° *Teoria inflammatoria;* per quanto sia attenuata un'infezione, il risultato sull'osso è sempre identico: vi è iperostosi o necrosi con formazione di sequestri; inoltre l'esame batteriologico è sempre negativo. Bisogna soltanto fare qualche riserva per quello che riguarda la *sifilide;* questa può produrre dell'osteite fibrosa. Si può supporre che la lue agisca sulle glandole a secrezione interna e che si produca perciò alterazione ossea distrofica.

3° *Teoria traumatica;* sostenuta da Kummer; non ha valore. Si pensi alla rarità delle cisti in rapporto col numero considerevole dei traumi e l'impossibilità di riprodurle sperimentalmente negli animali. Il trauma è un rivelatore.

4° *Teoria distrofica*: è la più seducente. È un termine un po' vago; ma sembra ci si debba orientare verso la tiroide e le paratiroidi; sia che agiscano direttamente sull'osteogenesi, sia che agiscano sul metabolismo del calcio. G. MATRONOLA.

PATOLOGIA GENERALE.

Sulla patogenesi del colera.

Com'è noto, G. Sanarelli ha dimostrato già da diversi anni (1) che l'antica concezione patogenetica del colera, secondo cui il virus penetrerebbe nell'organismo seguendo la via gastro-intestinale, non risponde a verità. Secondo lui, i germi del colera penetrano invece attraverso le fauci, si diffondono nel sangue e giungono nell'intestino da tergo, attraversandone le pareti, grazie ad un'attrazione esercitata dall'intestino stesso e ch'egli chiama *enterotropismo dei vibrioni colerigeni*. Anche se iniettati sotto cute o nel peritoneo o nel sangue, i vibrioni si scaricano nell'intestino. Negli animali neonati di alcune specie, come il coniglio, i vibrioni somministrati per bocca sono in grado di determinare la sindrome anatomica del colera umano, perchè il sangue difetta di anticorpi capaci di ucciderli. Ma anche negli animali adulti si può fiaccare la resistenza e riprodurre il quadro completo del colera umano, mediante filtrati di colibacilli ovvero mediante iniezioni di colibacilli nel *sacculus rotundus* o nell'appendice.

L'ardita concezione del Sanarelli, frutto di un lavoro paziente, tenace e metodico, venne comunicata in riassunto all'Accademia delle Scienze di Parigi nella seduta del 6 nov. 1916 e consegnata in una nota preventiva inserita nella *Presse Médicale* del 16 nov. 1916 e negli *Annali d'Igiene* del nov. 1916. In seguito essa è stata svolta ampiamente ed armonicamente dall'A. in una serie di memorie notevoli, pubblicate contemporaneamente negli *Annales de l'Institut Pasteur* e negli *Annali d'Igiene*.

Quest'opera, segnata di genialità, ha impresso un nuovo orientamento agli studii sulla patogenesi non soltanto del colera, ma di tutte le infezioni a sede intestinale. Lo stesso Sanarelli aveva previsto che le sue vedute sarebbero state applicabili al tifo, alla dissenteria, a certe diarree e probabilmente ad altre malattie. Queste previsioni vennero dimostrate poco dopo ottimamente fondate dal Besredka, nel 1919, per quanto concerne il paratifo *B* e la dissenteria.

(1) Cfr. *Policlinico*, Sez. Prat., 1 gennaio 1917, p. 14.

Ora S. Masaki, un giapponese che ha lavorato all'Istituto Pasteur sotto la guida di Besredka ha ripresa nuovamente questa concezione per il colera (*Annales de l'Institut Pasteur*, maggio 1922). Non solo egli approda alle stesse conclusioni di Sanarelli, ma si vale quasi delle stesse parole: per es., invece di *enterotropismo* dei vibrioni, parla di *affinità per l'intestino* dei vibrioni stessi. In sostanza, Masaki ripete, nè più nè meno, le esperienze di Sanarelli e perviene agli stessi risultati. Ciò dà motivo a compiacimento, poichè costituisce una piena conferma degli originali e diligenti studi dell'autore italiano. Ma, fatto inesplicabile, Masaki non cita Sanarelli se non incidentalmente e per questioni secondarie, a proposito degli anticorpi e delle iniezioni endoperitoneali. Invece dà ad intendere di aver preso le mosse, per le sue vedute sulla patogenesi del colera, dalle ricerche di Besredka, che sono posteriori a quelle di Sanarelli e notoriamente da esse inspirate!

Il fatto è tanto più straordinario, in quanto le memorie di Sanarelli sono state ospitate proprio negli stessi *Annales de l'Institut Pasteur* che hanno accolto anche le posteriori ricerche di Besredka e quelle attuali di Masaki.

Quest'autore non poteva, quindi, ignorarle e il suo tentativo di plagio, più che sconveniente, appare davvero puerile.

L'A. ha rilevato, in più, l'influenza della bile sull'infezione da vibrioni. Dopo aver confermato che dosi enormi di vibrioni sono tollerate impunemente *per os* dai conigli adulti anche se tenuti a digiuno, l'A., sulla falsariga di Besredka, dimostra che questa resistenza viene vinta dalla bile *per os;* il coniglio sensibilizzato dalla bile può essere ucciso dai vibrioni viventi, e se resiste, si dimostra immunizzato. Se invece che con vibrioni viventi viene trattato con vibrioni uccisi, acquista un potere agglutinante manifesto, ma non l'immunità. R. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROGER, WIDAL, TEISSIER. *Nouveau Traité de Médecine*. Fasc. IV. — Masson, éd. Paris, 1921. Prix: Fr. 40.

Il 4° fascicolo del nuovo trattato di medicina, diretto da Roger, Widal e Teissier, è dedicato ad alcune malattie infettive, le quali in complesso occupano i primi cinque volumi del trattato. Dopter si occupa della malattia di Heine-Medin, May dell'encefalite letargica, Ferré della rabbia, Roger della tubercolosi e della pseudotubercolosi, Courmont della setticemia tubercolare, Courmont e Dufourt della morva, Perrin della lepra, Guyart della verruga, Laederich dell'actinomicosi e dell'aspergillosi, Langeron del micetoma, delle oosporosi, delle sporotricosi, delle blastomicosi, Brumpt delle spirochetosi, Nicolas della sifilide.

Gi autori assolvono il loro compito con indirizzo moderno, tenendo conto degli acquisti anche più recenti della nosografia e della patologia sperimentale. Ma i capitoli, che più si raccomandano, sono quelli che hanno un significato generale, come per es. le spirochetosi, le pseudotubercolosi, le oosporosi, le sporotricosi, le blastomicosi, capitoli tutti, oltre che suggestivi per modernità di ricerche e di contributi, interessanti il medico e lo studioso, costretti finora a ricercare faticosamente tali nozioni recenti sui giornali e sulle monografie. Bisogna riconoscere in questo, un particolare merito degli studiosi francesi, quello cioè di *popolarizzare coi trattati, quanto ancora in altri paesi è patrimonio dei privilegiati: esempio da imitare e specialmente in Italia.*

Il volume, di più di 700 pagine, è su carta di lusso, con nitida stampa, corredato di figure dimostrative a colori. *t. p.*

S. E. JELLIFFE AND W. A. WHITE. *Diseases of the nervous System.* — Lea and Febiger. Philadelphia and New York. Sc. 50.

In un magnifico volume di più di 1000 pagine, denso di contenuto e ricco di ottime illustrazioni in nero e a colori, è riassunto in maniera chiara quanto di più moderno è noto nel campo della neurologia e della psichiatria.

È questa la terza edizione del libro, già noto agli studiosi, in cui la cura degli AA. ha rimodernato capitoli invecchiati, ha aggiunto e rimodernato qualche capitolo, per rendere maggiormente chiara la comprensione. Non sono trascurate le endocrinopatie e le malattie del sistema vegetativo, che in questi ultimi anni hanno avuto si larga ripercussione nel campo della neurologia; ma gli AA. hanno selezionato, dal materiale oramai ingombrante, quella parte assodata, di diretta utilità al pratico e allo studente.

Auguriamo al libro la meritata fortuna, corrispondente alla diligenza degli autori e alla lodevole cura degli editori. *t. p.*

A. CEVIDALLI. *Compendio di medicina legale.* — Prezzo L. 95. — Società Editrice Libraria, Roma-Milano-Napoli.

Questo libro è stato già presentato ai lettori del « Policlinico » in occasione della pubblicazione della prima edizione.

La seconda edizione, che succede alla prima dopo breve tempo, ai pregi che già rendevano il libro utile sia a studenti che a medici aggiunge quelli di una maggior compiutezza e dell'aggiornamento. *a. a.*

V. PUNTONI. *Lezioni di Batteriologia.* — 1 volume di pagg. 455 in-8 grande. Roma, Socrate Bucciarelli, editore, 1922.

Queste lezioni espongono con dettaglio il programma che l'autore svolge con chiara competenza nel corso ufficiale di Batteriologia presso l'Università di Roma. L'opera potrebbe benissimo prendere il nome di trattato, quale è realmente, poichè non lascia da parte alcun argomento nè alcun dettaglio utile ad una esatta tecnica e ad una diagnosi esauriente e precisa. Essa quindi non soltanto riesce utilissima guida allo studente e al perfezionando, ma anche al pratico, che vi troverà ricca messe di notizie.

Il Puntoni ha il merito di averci data un'opera di batteriologia medica che nulla ha da invidiare ai molti trattati e manuali stranieri che sino ad oggi erano consultati, non possedendo noi ancora un lavoro moderno e completo in questa importantissima branca della medicina.

Lo stile è chiaro e conciso, onde la mole non eccessiva dell'opera non nuoce alla completezza di essa.

Accuratissima la veste litografica. Numerose e nitide figure aiutano la comprensione del testo.

Ci auguriamo di veder presto l'ottimo lavoro in veste tipografica. A. ALESSANDRINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. PICCININI. *Lo stato attuale degli studi sulle applicazioni terapeutiche del « Viscum album »*. Milano, Tip. Antonio Cordani, 1921.

RICHTER C. M. *Influenza Pandemics Depend on Certain Anticyclonic Weather Conditions for their Development.* — Chicago, American Med. Ass., 1921.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 30 aprile 1922.

Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Ulteriori osservazioni sul taglio cesareo transperitoneale.

Prof. P. GAIFAMI. — Un gruppo di casi di un certo interesse clinico succedutisi nelle ultime settimane ha offerto all'O. l'occasione di tornare sull'argomento del taglio cesareo sul segmento inferiore sul quale già altra volta intrattenne l'Accademia. Sebbene disponga già di 45 tagli cesarei eseguiti con tale tecnica, non crede poter ancora emettere un giudizio definitivo sopratutto riguardo al decorso post-operatorio specie nei riguardi della evoluzione delle gravidanze successive.

Sulla base della nuova casistica si intrattiene su tre punti:

1° sulla sufficienza della cesarea inferiore anche nei casi infetti;

2° sulla resistenza della cicatrice cesarea;

3° su talune limitazioni che è bene mettere all'adozione di tale tecnica.

In tre casi di interventi eseguiti in condizioni di certo inquinamento batterico dell'utero non solo il risultato fu buono, ma il decorso post-operatorio non diede mai a rilevare alcun fenomeno di risentimento peritoneale o generale.

Per quanto si riferisce alla resistenza della cicatrice cesarea sul segmento inferiore l'O. porta un contributo clinico e anatomico. Per la parte anatomica presenta un utero asportato in una donna nella quale due anni prima era stato eseguito un taglio cesareo transperitoneale. L'esame di esso non lascia quasi vedere alcun residuo macroscopico della pregressa incisione. Unica traccia sulla faccia esterna la presenza di un filo di seta residuo della sutura.

All'esame microscopico ha potuto rilevare che la *restitutio ad integrum* era veramente ottima pur non essendo completa.

Dal lato clinico riferisce su alcuni casi di taglio cesareo ripetuto dopo una precedente operazione e in tutti la cicatrice si dimostrò funzionalmente solida, essendosi in molti esperimentate a lungo le forze naturali. Per quanto si riferisce alle limitazioni di tale intervento non crede sia giustificata la scelta della cesarea bassa transperitoneale nella placenta previa e in casi di tagli cesarei ripetuti se si incontrino troppo tenaci aderenze della prima operazione.

Sulla reazione del mastice.

Prof. G. MINGAZZINI. — L'O., dopo aver riferito sulla tecnica della reazione del mastice di Emanuel e sulle modificazioni apportate da diversi sperimentatori, espone i risultati ottenuti dalle numerose esperienze praticate nella sua Clinica.

Da questi risultati afferma che la reazione del mastice non è affatto specifica per le forme luetiche e metaluetiche. Che due sono i tipi di curve costanti: la curva della paralisi e quella della lues cerebrospinale, mentre la curva della tabe è di passaggio fra le curve precedenti ed è poco costante. Le due curve (la paralitica e la luetica) subiscono delle modificazioni quantitative, pur mantenendo costante il loro speciale tipo e da ciò si deduce che, nell'interpretazione dei risultati, si deve dare unicamente importanza al tipo di curva. Dal punto di vista pratico si può dire che con questo metodo esiste un sicuro criterio differenziale fra la paralisi progressiva e la lues cerebrospinale e le altre affezioni del sistema nervoso. Si comprende da ciò l'aiuto prezioso che questa reazione dà al quesito clinico, specie nel rapido *dépistage* delle numerose forme delle pseudo-paralisi (alcooliche, ecc.). Si riserva per altro di trarre le conclusioni quando avrà applicato la reazione nell'esame del liquido cefalo-rachidiano degli individui affetti da lues primaria e da lues secondaria. Raccomanda che questa reazione sia praticata con maggiore diffusione sia per la facilità della tecnica, sia per l'aiuto prezioso che dà al quesito clinico.

La deviazione del complemento nelle forme tubercolari con brodo Besredka.

Dott. N. PICCALUGA. — L'O. espone le ricerche eseguite e conclude favorevolmente all'applicazione di questa reazione sulle forme tubercolari specialmente per poter fare una diagnosi precoce, dichiarando che ulteriori ricerche nell'applicazione di questa reazione sia come mezzo diagnostico sia come elemento prognostico durante le diverse cure nei varî stadi della malattia porteranno maggiori schiarimenti sull'argomento.

Il valore clinico delle reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi in confronto con la reazione di Wassermann.

Dott. E. TRENTI. — L'O. riferisce i risultati da lui ottenuti eseguendo contemporaneamente la reazione di Wassermann e quelle di Meinicke e di Sachs-Georgi su 600 sieri. Le tre reazioni furono concordi 558 volte con 71 reazioni positive e 487 negative.

Nei riguardi dei sieri sicuramente luetici la reazione di Meinicke fu 12 volte negativa mentre la Wassermann risultò positiva ed una sola volta positiva con Wassermann negativa; con i sieri di individui non luetici la Meinicke fu 20 volte negativa di fronte alla Wassermann positiva e 2 volte positiva con Wassermann negativa. La reazione di Sachs-Georgi risultò 16 volte negativa con sieri luetici nei quali la Wassermann diede risultato positivo e due volte positiva con Wassermann negativa. Con sieri non luetici la Sachs-Georgi diede reazione negativa in 20 casi a Wassermann positiva, e fu positiva in 2 casi con Wassermann negativa.

L'O. conclude per una lieve minore sensibilità delle reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi in confronto alla reazione di Wassermann, ma per una loro maggiore specificità giacchè quei casi, nei quali tanto la Meinicke quanto la Sachs-Georgi avevano reagito negativamente di fronte ad una Wassermann positiva si riferivano tutti ad individui non luetici e affetti nel maggior numero di malaria in atto o di malattie infettive acute. Le due reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi ebbero comportamento uguale.

Ancora sull'osteomalacia.

Prof. U. ARCANGELI. — L'O. espone le storie cliniche di 7 infermi di osteomalacia: 6 donne ed 1 uomo attualmente ricoverati al 7° Padiglione del Policlinico, la terapia usata ed i risultati ottenuti.

Dai 7 casi esposti risulta in maniera concorde l'influenza della località, della casa, del contagio; la frequenza della rachitide nelle famiglie delle osteomalaciche e nei precedenti patologici di alcuno, l'insorgere della malattia a preferenza nell'autunno, con dolori localizzati in un caso o in pochi, ed il diffondersi di questi gradatamente a tutto lo scheletro, tranne al capo ed alla faccia: la frequenza della tetania o di sintomi riferibili ad essa, la presenza di contratture degli arti inferiori se i dolori ossei sono assai forti: l'influenza sfavorevole del freddo, dell'umidità, della gravidanza e dell'allattamento: la estrema rarità della malattia nel maschio: la scarsa utilità della cura con fosforo e sali di calcio, anche potratta: l'utilità della narcosi cloroformica; la frequenza delle ricadute.

Per quel che riguarda la diagnosi: l'estrema facilità di essa, nella maggior parte dei casi, in contrasto con la frequenza con la quale la malattia è misconosciuta. E a tal proposito l'O. ricorda oltre la malattia ossea di Paget, la malattia di Kahler e la carcinomatosi diffusa delle ossa dalle quali deve essere distinta, la sifilide diffusa delle ossa: femori, tibie, bacino, e l'artrite anchilosante delle articolazioni coxo femorali, perchè ambedue possono simulare l'osteomalacia.

Pur avendo ottenuto risultati oltremodo soddisfacenti con la cura da lui usata: cloroformio. fosforo e sali di calcio, non crede detta l'ultima parola e si ripromette di tentare alcune cure più semplici e più alla portata del medico pratico. Così, si propone provare la etero-proteino terapia che a dire dello Sforza, dà risultati sorprendenti nel reumatismo articolare acuto. In alcune delle malate ha usato le iniezioni intravenose di cloruro di calcio, ma nulla può dire sulla loro efficacia, perchè usate da troppo poco tempo: può solo confermare che sono ben tollerate nella soluzione di gr. 0.50 di cloruro di calcio in 5 cmc. di acqua distillata sterilizzata.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 23 aprile 1922.

Presidenza: Prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Trapianti tendinei nelle paralisi definitive del nervo radiale. - Tecnica e risultati operativi.

LUIGI DE GAETANO. — Presenta due casi di paralisi definitive del nervo radiale, nei quali ha praticato, con tecnica propria, il trapianto dei muscoli flessori su quelli estensori della mano e delle dita, ottenendone soddisfacenti risultati ortomorfici e funzionali.

Descrive la sua tecnica, illustrandone i dettagli con numerose figure. In tre tempi fondamentali si compendia la sua tecnica:

1) Trapianto del tendine del pronatore rotondo, diviso in due, sul 1° e sul 2° radiale, con incisione al terzo medio, lato radiale dell'antibraccio;

2) Trapianto del grande palmare sull'abduttore, sul corto e sul lungo estensore del pollice, ed accorciamento del lungo estensore del pollice, con due incisioni una palmare e l'altra dorsale in corrispondenza della tabacchiera anatomica;

3) Trapianto del cubitale anteriore sui tendini dell'estensore comune e dell'estensore dell'indice, più accorciamento di tali tendini, con due incisioni, una palmare longitudinale cubitale, ed un'altra dorsale, in sopra del ligamento dorsale del corpo, asportando un pezzo ellissoidale di cute.

Sulla base dei risultamenti ottenuti opina che il trapianto tendineo nelle paralisi definitive irreparabili del nervo radiale, il più precocemente possibile praticato, dovrà per l'avvenire rappresentare una benefica risorsa per molti disgraziati che altrimenti sarebbero condannati per tutta la vita a restare con una mano inutilizzata, perocchè la deformità della mano, in flessione, andrebbe col tempo sempre più accentuandosi per la contrattura dei muscoli flessori e per le alterazioni articolari e periarticolari.

Legatura, asportazione del sacco e sutura vasale nella cura degli aneurismi. - Contributi clinici e risultati operatorii.

GIOVANNI PASCALE. — L'O. fa una completa e precisa esposizione della cura degli aneurismi mediante la estirpazione del sacco aneurismatico. Questo metodo era stato da prima praticato per la cura degli aneurismi degli arti, poi l'O. la estese per il trattamento di due casi di aneurisma della carotide ed anche in un caso di aneurisma della carotide interna con esoftalmo pulsante. Ultimamente ha avuto occasione di applicare il trattamento in aneurismi delle grosse arterie del bacino (iliaco interno) ed anche in questi casi si è convinto che oltre alla allacciatura è indispensabile l'estirpazione del sacco aneurismatico per non andare incontro a spiacevoli accidenti secondari.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi nel diabete.

È anzitutto necessario distinguere fra diabete vero e glicosuria semplice, che può essere dovuta a condizioni del rene, ad eccitazione del simpatico (adrenalina, eccitazione, diabete dei nervosi) ad alimentazione (eccesso di carboidrati; p. e., oltre 200 g. di glucosio determinano glicosuria anche nei normali). Il diabete vero può essere definito come un complesso di sintomi, derivante da disturbo nelle facoltà assimilative dei carboidrati; tali sintomi sono dovuti alla persistente iperglicemia, che nella maggior parte dei casi sta in rapporto con lesioni del pancreas organiche o funzionali. Una divisione netta fra diabete e glicosuria non può stabilirsi.

Il *diabete non curato* deve considerarsi come una malattia grave, che provoca spesso morte per coma o per lenta inanizione, o che predispone a malattie intercorrenti ad esito fatale. Una glicosuria lieve può durare per molti anni senza dare disturbi, ma in molti casi può dare fenomeni gravi. Diversi fattori possono influenzare il decorso, quali: 1) l'età: il diabete è più grave quando insorge prima dei 40 anni, gravissimo se incomincia nel periodo dell'accrescimento; 2) l'eredità e la costituzione: negli individui nervosi od appartenenti a famiglie neurotiche è meno grave; abbastanza benigno è negli obesi, mentre è assai grave nei magri; 3) le malattie: la nefrite, l'arteriosclerosi aggravano la prognosi, la resistenza alle infezioni è notevolmente diminuita.

Le condizioni cambiano di molto quando il diabetico è sottoposto a cura; i pazienti possono avere vita più lunga e più utilmente attiva; anche l'età non ha più lo stesso significato salvo che per gli individui in via di accrescimento: la gangrena e le infezioni cutanee guariscono rapidamente. La migliore guida per la prognosi è data dal modo con cui il paziente reagisce al trattamento.

Quando il diabetico si presenta per la prima volta, le indicazioni pronostiche sono date: 1) dallo *stato di nutrizione del corpo*: il diabete è più grave se i pazienti hanno perduto molto peso; 2) dall'*esame dell'urina*: la *poliuria* indica di solito elevata glicosuria. però i pazienti differiscono molto nella facoltà di secernere l'urina più o meno concentrata; la *quantità di zucchero* varia da tracce al 10%; occorre esaminare l'orina di 24 ore; nei casi medî si ha eliminazione di 80-100 g., ma si può bene arrivare anche a 400; nel corso del trattamento, la prognosi è determinata dal modo con cui l'individuo reagisce; anche nei casi favorevoli si hanno talvolta ritorni di glicosuria passeggera. I *corpi chetonici* senza sintomi di acidosi non hanno significato; essi si trovano al primo esame nella metà dei casi, persistono più a lungo che lo zucchero e compaiono quando si tolgono dalla dieta i carboidrati. 3) *dall'esame del sangue* la ricerca dello zicchero nel sangue va ripetuta, specialmente in rapporto al digiuno ed al pasto di prova. 4) *dall'alimento tollerato*: alcuni tollerano fin dal principio 2000 calorie, ed in seguito ancor più; si comprendono nella dieta dapprima i vegetali verdi, poi l'avena, le patate, ed anche il pane.

Comunque la prognosi va fatta solo dopo che si sia veduta la risposta al trattamento: scompaiono dapprima la sete e la poliuria, migliorano le condizioni cutanee, e più lentamente scompaiono i sintomi neuritici.

Il futuro del paziente dipende dalla sua intelligenza e docilità; è conveniente che esso si pesi frequentemente badando a mantenere il suo peso un poco al disotto del normale per la sua età e la sua statura. D. M. Lyon (*Lancet*, 27 maggio 1922) consiglia che i pazienti si ricerchino giornalmente il glucosio nell'urina, e regolino la dieta in modo da evitare la sua ricomparsa, senza cedere alla tentazione di aumentare i carboidrati. Taluni possono anche riprendere le loro occupazioni; altri, come p. es., quelli costretti a dieta molto scarsa, si stancano facilmente. Bisogna poi evitare le eccitazioni, la fretta, le ansie, che possono aggravare indubbiamente le condizioni.

fil.

Xanthoma diabeticorum.

D. Murray Lyon (*Edinburgh med. Journ.*, aprile 1922) riporta il caso di un giovane venticinquenne affetto da diabete mellito grave, insorto poco dopo che esso era ritornato dal servizio militare. La poliuria raggiungeva i 7000 cmc., la glicosuria il 5% con una perdita giornaliera di 300 g. di carboidrati: vi era altresì uno stato di lipemia. Prima di essere ricoverato nell'Ospedale, il paziente aveva notato una eruzione ai gomiti, che venne poi diagnosticata come xantoma. Trattavasi di papule grosse quanto un piccolo pisello, di colore bruno rossiccio alla base con il centro giallo. Cagionavano prurito e sanguinavano facilmente al grattamento. Poco dopo iniziata la die-

ta severa, cessò l'incomodo dato dalla eruzione; le papule diminuirono rapidamente di volume, perdettero il loro colore bruno, ma rimasero ancora visibili per un mese.

Nonostante tutti gli elementi di cattiva prognosi, l'ammalato si ristabilì e, dopo nove mesi, si trovava ancora in buone condizioni.

fil.

Diabete e gravidanza.

I testi danno per questa rara associazione il 30 per cento di mortalità materna, e almeno il 50 per cento di mortalità fetale. J. N. Bell (*Am. Journ. Obst. a. Gynec.*, genn. 1922) distingue dal vero diabete i vari tipi di glicosuria, e la lattosuria. Questa si riconosce perchè l'urina riduce ancora il Fehling dopo la prova della fermentazione. La glicosuria alimentare, frequente negli ultimi mesi di gestazione, non è accompagnata dagli altri sintomi del diabete (furuncoli, pruriti, sete, ecc.) e scompare modificando la dieta. Il cosidetto diabete renale è caratterizzato da glicosuria non influenzata dai carboidrati della dieta, da normale glicemia, da assenza di altri sintomi diabetici: si presenta di regola anche nelle successive gravidanze, e scompare col parto. Nel vero diabete mellito vi è iperglicemia, e tutta la sindrome caratteristica.

Pertanto in ogni gravida occorre un'accurata anamnesi, anche remota e familiare, riguardo al diabete. Se desta sospetto, occorre cercare, con adatte prove, le forme miti di glicosuria, ed eventualmente anche un'iperglicemia senza glicosuria, per aumento della soglia di eliminazione renale del glucosio. In ogni glicosuria poi occorre stabilire se v'è iperglicemia. Se questa manca, la prognosi è favorevole; se è presente, l'A. consiglia di esperimentare uno dei moderni metodi di trattamento del diabete prima d'interrompere la gravidanza. Riferisce due casi: nel primo si tratta di una primipara di 26 anni con padre diabetico, che ebbe glicosuria transitoria a 17 anni; al sesto mese comparve discreta glicosuria, con iperglicemia, che vennero diminuite notevolmente con opportuna dieta, tanto che potè condurre a termine la gravidanza. Partorì coi presidî ostetrici, sotto anestesia, un bambino sano: dopo il parto scomparve la glicosuria.

Nel secondo caso, comparve glicosuria a tre settimane dal termine, che scomparve con dieta adatta. Ricomparve tuttavia una settimana prima del termine; vi era lieve iperglicemia. Il feto, negli ultimi giorni, morì nell'utero, e il parto fu espletato col pallone. L'anamnesi dava qualche periodo di sete e prurito prima del matrimonio. L'A. pensa ad una mite iperglicemia con alta soglia renale, onde la facile scomparsa della glicosuria; forse un precoce trattamento avrebbe condotto a miglior esito.

DORIA.

Il trattamanto del diabete in rapporto con l'eziologia.

P. J. Cammidge (*The practitioner*, giugno 1922) osserva che il trattamento del digiuno, introdotto da Allen rimane in fondo un trattamento empirico fino a che non si trovi un metodo per provare l'esattezza dell'ipotesi su cui si fonda.

A tale scopo l'A. introduce il concetto del *valore differenziale* (*difference value*) consistente nella differenza fra la percentuale dello zucchero e quella totale dei carboidrati, contenuti in una serie di campioni di sangue prelevati a digiuno e dopo un pasto di prova. Si stabiliscono in tal modo delle curve: nell'individuo normale lo zucchero sanguigno da 0.08 % sale ad un massimo di 0.17-0.18 % per diminuire in seguito; il valore differenziale, inizialmente di 0.006 % diminuisce leggermente e risale quando lo zucchero nel sangue incomincia a diminuire. Nel cane spancreatizzato all'aumento dello zucchero nel sangue (da 0.13 a 0.19 %) corrisponde una notevolissima diminuzione del valore differenziale (da 0.17 a 0.01) che poi risale lentamente.

L'A. ammette che tale curva sia tipica per il diabete pancreatico: nel diabete connesso con disturbi della funzione epatica, la curva del valore differenziale sale per parecchie ore, indipendentemente dal contenuto di glucosio nel sangue. In altri casi infine la curva del valore differenziale sale rapidamente con quella del glucosio e decresce con essa (tipo concorrente determinato da cause tuttora ignote).

In 140 casi, di diabete nell'uomo, l'A. ha trovato in 45 il tipo pancreatico, in 48 il tipo epatico, in 34 il tipo concorrente.

Risulta che il gruppo epatico è quello che sopporta meno bene il digiuno, che più facilmente provoca in esso l'acidosi, la quale invece scompare con lo stesso trattamento nel diabete pancreatico. Gli epatici sono inoltre maggiormente soggetti a disturbi nervosi e motorî. Tali individui sono più sensibili alle proteine ed ai grassi e spesso, anzichè col digiuno migliorano con una dieta povera di tali elementi e relativamente ricca in carboidrati, specialmente se destrinizzati. Con i biscotti, le diete di avena, i giorni vegetariani si può ottenere nella maggior parte di questi casi, un notevole miglioramento senza correre i rischi del digiuno.

Nel gruppo pancreatico, purchè la malattia non sia troppo avanzata, si hanno rapidi miglioramenti con il digiuno, il quale porta pure sensibili risultati nel terzo gruppo (curva a tipo concorrente). Vi sono poi curve combinate (di solito pancreatico + epatico) che si osservano nel diabete curato a lungo, specialmente con dieta senza idrati di carbonio.

L'effetto del trattamento dietetico si manifesta anche sulla curva che da pancreatica può diventare concorrente, per ritornare pancreatica se vi è eccesso nella dieta; talvolta la curva epatica si può sovrapporre alla pancreatica. *fil.*

Sul trattamento della gangrena diabetica.

La gangrena diabetica dipende da due fattori, entrambi in rapporto con l'alterato ricambio: l'arteriosclerosi, e la diminuita resistenza dei tessuti all'ischemia e all'infezione. Quest'ultimo è il più importante secondo l'A.; egli non ha veduto la gangrena che in casi di diabete molto gravi o trascurati.

La minaccia di gangrena diabetica non può essere scongiurata dalle sole cure locali (riposo, applicazioni calde, massaggio, elettrovibratore), ma contemporaneamente occorre un trattamento medico secondo i moderni sistemi.

La cura chirurgica della gangrena dichiarata, per dare affidamento di successo richiede che le urine siano esenti da zucchero, acetone, acido diacetico, ed il sangue abbia un normale contenuto di glucosio e CO_2; pertanto è necessaria la stretta cooperazione del medico e del chirurgo.

L'A. riferisce alcuni casi clinici.

Un uomo anziano, vecchio diabetico, dopo uno dei consueti errori dietetici cominciò a sentire alla gamba destra un dolore intenso come se le vene si lacerassero; esse erano effettivamente gonfie e tese, e il colorito dell'arto, dal ginocchio in giù, era rossoscuro. Nel letto i dolori diminuivano, e sollevando l'arto la gamba assumeva rapidamente un colorito pallido, cadaverico. L'A. pensa, in questo caso, ad un disturbo dell'innervazione vasomotoria: il paziente in poche settimane migliorò tanto da poter camminare liberamente, fu però necessario ricoverarlo in ospedale perchè si mantenesse a stretto regime; le sole cure locali avevano poco giovato.

Riporta poi tre casi di gangrena dichiarata, più o meno estesa (alluce sin., piede d., gamba d.) che furono trattati con sbrigliamenti ed exeresi economica di tessuti, finchè, mediante le opportune cure, le condizioni generali e la circolazione locale non furono migliorate: allora con intervento radicale, su tessuto sano, si ebbe la guarigione.

Riferisce pure il caso di un diabetico con caverne tubercolari bilaterali, senza zucchero, nè acetone, nè acido diacetico nelle urine grazie alla dieta, però con una glicemia di 0.23 %. Essendosi sviluppata una gangrena fulminante in una gamba fu amputato di urgenza sotto rachianestesia. Guarì perfettamente: all'uscita dall'ospedale aveva una glicemia di 0.11 % ed una buona tolleranza per gl'idrati di carbonio.

B. M. BERNHEIM (*Am. Journ. of. med. sc.*, maggio 1922). DORIA.

NOTE DI TECNICA.

La ricerca del bacillo di Koch mediante l'arricchimento in termostato.

Bezançon, Mathieu e Philibert hanno proposto recentemente un metodo di ricerca del bacillo di Koch, che si fonda sulle modificazioni che subisce l'espettorato alla temperatura di 37°. Esso cioè si divide in due strati, l'uno superficiale fluido, poco bacillifero, l'altro profondo, inspessito, ricco di bacilli.

Si mettono 5-10 cmc. di bacilli in un tubo da saggio [sembrerebbe da preferirsi un tubo da centrifuga. *N. d. Redat.*], che si lascia in termostato per 4 giorni. Si preleva allora una goccia del sedimento, che si distende in strato sottile: con la colorazione, si vedono numerosi bacilli, riuniti in pacchetti.

Se l'esame è negativo, si ricorre all'omogeneizzazione: si prendono 2 cmc. del sedimento, si aggiungono 5 cmc. di liscivia di soda al 2 %, si scalda; si aggiungono poi 10 cmc. di acqua, 2 di alcool, si centrifuga per 30 minuti e poi si fa il preparato colorato.

S. J. de Jong e P. Hillemand (*Soc. médicale des hôpitaux*, 26 maggio 1922) hanno fatto con questo metodo numerose esperienze ed hanno osservato che in realtà, si ottiene con esso un arricchimento di bacilli, e si mettono in evidenza i bacilli che, con l'esame diretto e con l'omogeneizzazione, non erano stati trovati. Gli AA. richiamano l'attenzione sulle modificazioni che subiscono i bacilli, i quali si presentano a pacchetti e granulosi. Si ha con tale metodo anche il vantaggio di operare su maggiori quantità di espettorato. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1288) *La cura dell'epilessia.* — All'abb. numero 4587.

La formula del tartrato borico-potassico, che ella richiede, è la seguente:

Tartrato borico-potassico . gr. 20
Glicerina . . . . . . » 10
Acqua . . . . » 300

Tre cucchiai al giorno.

La efficacia di tale cura è ancora da dimostrarsi, quantunque autori francesi e con essi P. Marie, che l'ha proposta, affermino che il tartrato borico-potassico agisca direttamente sulla causa dell'epilessia.

Un farmaco che ai larghi e numerosi esperimenti fatti dovunque, ed anche per nostra esperienza, si dimostra più efficace e più innocuo, è il luminal.

Esso sostituisce completamente il bromuro ed ogni altra cura antiepilettica, e la somministrazione può essere protratta a lungo senza alcun inconveniente.

Si dà alla dose media di 20 centigrammi, preferibilmente divisi in quattro cartine di cinque centigrammi ciascuna da prendersi a distanza di tempo durante il giorno.

Il luminal produce una rarefazione progressiva degli accessi convulsivi.

Durante la cura è bene osservare la dieta confacente agli epilettici: astinenza dall'alcool, da ogni bevanda e droga eccitante, limitazione dei cibi carnei e salati. G. DRAGOTTI.

(1289) *Sieri ipertonici.* — Al dott. T. A., Genova:

Eccole le formole richieste:
Cloruro di sodio, grammi 9
Cloruro di potassio, grammi 0.42
Cloruro di calcio, grammi 0.21
Bicarbonato sodico, grammi 0.15
Acqua distillata, grammi 1000.

Per il siero glucosato:
Glucosio, grammi 300.
Acqua distillata, grammi 1000. *t. p.*

(1290) *Cloruro di calcio per via endovenosa.* — Al dott. L. P., abb. n. 4676:

Il cloruro di calcio per via endovenosa si usa nella soluzione all'1 % e se ne può iniettare una quantità corrispondente a dieci centgr. (10 cmc.). *t. p.*

(1291) All'abb. n. 3964:

1° A. PONT. *Précis des Maladies des Dents et de la Bouche.* Collection Testut, Paris, Librairie Doin, 8 Place de l'Odéon, 1921, 28 Fr.

2° Non consigliamo gli acidi. Provi col carbonato di calcio precipitato o con pietra pomice finissimamente polverizzata. PIPERNO.

(1292) Al dott. G. Barbera, Mola di Bari:

La redazione della Farmacopea omeopatica in aggiunta a quella Ufficiale è stata sospesa.

Può consultare BONINO GIUSEPPE: *Uso famigliare dei rimedi omeopatici.* Un. tip. editrice, Torino. PROST-LACUZON: *Formulaire homœpathique usuel.* J.-B. Baillière, Parigi. *fil.*

(1293) Al dott. A. T. da Ventotene:

OVIO GIUSEPPE: *Oculistica pratica.* 4ª ediz.. F. Vallardi, editore, Milano. — VERROTTI G.: *Compendio di Patologia e terapia delle malattie veneree.* V. Idelson, Napoli. *fil.*

VARIA

Gli allogeni d' Italia.

Dal censimento del 1911, come riporta il *Bollettino della R. Società Geografica,* risultò che il maggior numero di abitanti inclusi nei confini politici dell'Italia ma che non avevano l'italiano come lingua materna, era dato dagli *albanesi,* 87,350, disseminati nelle Puglie, in Calabria e in Sicilia (48 comuni); vengono poi i *francesi,* 85,960, tutti in Piemonte (91 comuni) e particolarmente nei circondari di Aosta, Pinerolo e Susa; quindi gli *sloveni,* 36,380 (17 comuni tutti nel confine orientale della provincia di Udine); i *greci,* 30,290 (13 comuni) nelle provincie di Lecce e di Reggio Calabria; i *catalani,* 11,470 nel solo comune di Alghero: i *tedeschi* (dialetto tedesco vallese e tedesco bavarese), 9960 (14 comuni), nel Piemonte e nel Veneto; i *serbi* 4,700 (3 comuni) nel circondario di Larino. Come si sono spostati questi rapporti con le nuove annessioni? Secondo statistiche forse non del tutto sincere e che potrebbero presentare in seguito qualche sorpresa in nostro favore, i *tedeschi* salgono a 270,000, gli *sloveni* a 303,000, i *serbi-croati* a 184,000. Spetta alla civiltà italiana di rispettare questi fratelli allogeni e possibilmente assimilarli, come già avvenne per tutti gli altri che sono oggi fedelissimi italiani.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SAMAJA NINO. *Asimmetrie della pressione arteriale e diagnosi di sede nell'emiplegia.* — Bologna, 1919.

SOFRE GIUSEPPE. *Sull'encefalite letargica come manifestazione influenzale.* — Napoli, 1920.

SOFRE GIUSEPPE. *I segni fisici collaterali della polmonite centrale.* — Napoli, 1920.

SPREMOLLA MICHELE. *Di una speciale sindrome morbosa e suoi rapporti con la cura dell'infezione malarica.* — Napoli, St. Tip. Francesco Lubrano, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Il diritto alla gioia per i medici.

Con questo titolo il dottor Famenne pubblica nello *Scalpel* di Bruxelles un articolo, nel quale sono considerazioni analoghe a quelle che abbiamo esposte nel precedente numero di questo periodico sull'ottimismo e pessimismo dei medici.

In questi tempi di dopo-guerra, egli scrive, nei quali ogni uomo cerca un'orientazione, un punto di repere, un termine sul quale acconciarsi sul cammino pericoloso della vita, un raggio di speranza che lo riscaldi e lo illumini, non conviene trascurar nulla di quanto possa essere confortevole e soccorrevole.

L'uomo ha diritto alla gioia, come ha diritto alla salute, all'amore che perpetua la razza, al nutrimento che conserva l'individuo. Se il pane è necessario alla vita, la gioia non lo è meno: la gioia è un bisogno naturale. Gli uomini hanno bisogno di pane e di distrazioni. *Panem et circenses*, dicevano i Romani.

La gioia è l'origine della vita: si crea nel piacere, il dolore non viene che dopo...

Per i medici più che per altre categorie di professionisti e di lavoratori questo diritto alla gioia è contrastato.

Molti medici giunti al mezzo del cammino della vita sono pessimisti e scoraggiati. Continuano la loro vita di bestie da soma macchinalmente, senza piacere, disgustati del mestiere, guadagnando danaro ma avendo perduta la capacità di goderne.

Le associazioni professionali mentre molto si interessano per difendere i diritti economici dei medici, poco, o meglio nulla fanno, per rendere ai proprii aggregati migliore la vita spirituale.

Il medico ha troppa tendenza ad essere materialista nel senso stretto della parola, ed a ricercare godimenti grossolani: cerca la gioia fuori di sè stesso, confonde il piacere con i piaceri.

Ed invece i medici non possono trovare che in sè stessi gli elementi per la gioia di cui hanno bisogno. Essi dovrebbero bene compenetrarsi di questa necessità; dovrebbero, per dovere professionale, volere fermamente e continuamente essere allegri. Queste autosuggestioni quotidiane sarebbero un'eccellente ginnastica per i cervelli medici esauriti dal lavoro.

Come amando si finisce per suscitare l'amore, costringendo colui che si ama alla reciprocità, così a forza di desiderare e di volere la gioia si finisce per conquistarla.

Gli allegri, gli ottimisti, spandono il bene attorno a loro, integrano la loro capacità curativa e ne aumentano la efficacia perchè la gioia è comunicativa, si dà facilmente agli altri. Il buon umore permette la « terapia della bontà », che è la medicina dell'avvenire.

L'uomo s'apre verso la bontà, come il fiore s'apre al bacio tiepido del sole, perchè essa gli promette la gioia, che è la vita, perchè da essa attende la guarigione dei suoi mali.

Ma per essere buoni ed allegri occorre essere contenti della propria sorte, essere gai, respirare la gioia a gran polmoni, avere ferma fiducia in se stessi. La fede nelle proprie forze, nel proprio valore, nella efficacia della propria opera è qualche cosa di magnetico che attira il successo, come la calamita attira il ferro.

Purtroppo nei tempi che corrono molti medici hanno lo spirito concentrato sulle sventure individuali e collettive. Nulla e nessuno li incoraggia, neppure le associazioni professionali, dove non si fa altro che considerare le proprie miserie reali o immaginarie, lamentarsi e protestare.

Tuttavia i medici per i loro studi, per la loro esperienza sono in condizione di lottare meglio degli altri. Per essi è più facile acquistare le qualità morali necessarie alla felicità, alla conservazione della serenità, al raggiungimento della gioia di vivere.

Molti medici, i giovani sopratutto, credono che il successo consista unicamente nel guadagnar danaro, nel soddisfare ambizioni, nel far fortuna. Dimenticano che la cultura e la educazione di sè stessi che permette il felice adattamento all'ambiente ed alle circostanze è il solo gran bene al quale bisogna aspirare. Val meglio restar poveri, ma allegri, buoni e sani, che divenire ricchi e nevrastenici.

Conviene dunque avere la intelligenza della nostra propria felicità e fissarla in noi con uno sforzo duraturo di volontà.

Le nostre associazioni professionali son fatte per intendere i nostri lamenti, per incoraggiarli forse un po' troppo, e sopra tutto per portar rimedio ai nostri mali.

Tutto ciò può procurare vantaggi economici ed è bene. Ma sarebbe meglio che ci si insegnasse anche ad amare la nostra professione, ad avere coscienza della bellezza, della grandezza della nostra missione, a piangere ed a protestar meno, a farci riacquistare l'abito del buon umore.

Oggi a causa dei laboratori, delle ricerche cliniche, dei raggi X e di altre macchine per-

fezionate si dimentica che la medicina è un'arte.

Quando si hanno venti anni di pratica ci si sente sorpassati dai giovani che non parlano più il nostro linguaggio. Spesso si ha il torto di sentirsi perciò cattivi medici. Ed insieme alla fiducia in noi stessi perdiamo il gusto del mestiere, donde la mancanza di gioia.

Per essere buoni medici nel senso più proprio della parola, ossia per essere efficaci curanti, più che gli strumenti che l'industria moderna fornisce, noi dobbiamo sapere adoperare il più perfetto e più abile strumento che è lo spirito colto, sereno, gaio.

E perchè lo spirito possa mantenersi in quello stato di calma, di gaiezza, di fiducia, oltre che fornirlo di cultura solida, occorre esercitarlo nella bontà, occorre allietarlo orientandolo verso la estetica, interessandolo alle cose belle della vita, alla natura, alle arti, alla letteratura, alla musica. *Pangloss.*

Cronaca del movimento professionale.

Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Si è tenuto a Trieste, nei giorni 13-14-15, l'VIII Congresso dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, nella Sala maggiore dell'Ospedale civico.

Il presidente, prof. Fiocco di Venezia, aprì il Congresso con un elevato e patriottico discorso.

Il dott. Nicolich, presidente onorario, portò il saluto dei medici di Trieste e revocò la figura di Scarenzio, introduttore del metodo delle iniezioni di calomelano nella cura della sifilide.

Il comm. Crispo-Moncada salutò a nome del Governo ed il dott. Pastrovich a nome dell'Ordine dei medici di Trieste.

Alle 15 ebbero inizio i lavori del Congresso. Presiede il prof. Fiocco, che legge una lunga relazione sull'attività dell'Associazione. Attività che si è rivolta in questi ultimi tempi specialmente alla tutela dell'Associazione contro il sempre maggior numero di sedicenti specialisti, che invadono le città. Il relatore espone l'opera svolta fino a ora per l'organizzazione dei medici specialisti, trattando in particolar modo dell'Associazione professionale dermosifilografica italiana. Parla diffusamente delle assicurazioni delle malattie in rapporto alla dermosifilopatia e della necessità di fondare dispensari anticeltici nei capoluoghi di provincia, di distretto e nei grossi centri industriali ed agricoli, perchè purtroppo oggi le malattie celtiche attaccano violentemente anche le campagne. Viene anche esposta la questione della propaganda orale tra il popolo, onde mettere in guardia la massa contro il pericolo delle malattie celtiche.

La relazione finanziaria viene letta dal cassiere prof. Pecori e approvata dall'assemblea, che vota un ringraziamento al cassiere.

Il dott. De Favento tratta della lotta contro le malattie celtiche nella Venezia Giulia sotto il regime austriaco, con speciale riguardo a Trieste.

Sull'argomento prendono la parola i dottori Marziani e Freund.

Il dott. Rebaudi di Genova riferisce sulla pletora degli specialisti di dermosifilopatia.

Sulla interessante questione parlano Pasini, Montesano, Piccardi, Ramognino, Pini, Murero, e dopo animata discussione l'assemblea vota all'unanimità il seguente ordine del giorno: «L'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani plaude e si associa al deliberato dell'ultimo Congresso federale degli O. dei M. onde venga fatta istanza al Ministero della P. I. perchè promulghi una legge per la quale, in avvenire, il diploma di specialista sia dato ai laureati in medicina, da una Commissione universitaria, per esami o per titoli. Raccomanda poi ai suoi soci che, qualora si servano della *réclame*, lo facciano in modo serio e dignitoso, indicando il solo nome, cognome, titoli, indirizzo, ore di visita, e sobrio accenno alla propria specialità».

I prof. Fiocco parla dell'elevazione dell'Associazione in ente morale e del lascito Locatelli per l'istituzione di un premio annuo e di una borsa di studio per un lavoro di terapia, profilassi o di questioni professionali attinenti alla dermosifilografia.

L'assemblea approva il progetto di regolamento e statuto e delega il prof. Fiocco a continuare le pratiche per la elevazione dell'Associazione in ente morale.

Nella seduta del giorno 14 viene posto in discussione dal prof. Montesano il funzionamento dei dispensari celtici nelle varie città d'Italia. Dopo una elevata discussione, alla quale prendono parte Pecori, Pasini, Piccardi e il presidente Fiocco, ad unanimità è votato il seguente ordine del giorno proposto dal prof. Pasini:

«L'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, riunita a Congresso; tenuto conto che molti dei dispensari celtici, attualmente esistenti, sono affidati a medici irregolarmente preposti al servizio e che non possiedono titoli che comprovino le loro competenze nella specialità, domanda che sia fatta una revisione di tutto il personale preposto attualmente ai dispensari celtici, e che si rientri per essi nella legge e nella imposizione di regolari concorsi».

Il prof. Montesano tratta dell'abolizionismo e regolamentazione, esponendo le ragioni che militano in favore dell'abolizionismo e la pochissima utilità della regolamentazione sanitaria della prostituzione. Chiude la relazione dicendo che egli non chiede che il Congresso debba pronunciarsi piuttosto per uno che per un altro dei due sistemi, ma desidera che comunque l'Associazione debba occuparsene affinchè essa non abbia a rimanere esstranea in una questione così importante allorchè essa sarà portata in discussione presso le Autorità competenti e in Parlamento.

L'assemblea, dopo aver discusso la questione,

decide di nominare una Commissione composta dei soci Pini, Pecori e Ramognini, per il completo studio di essa e per riferirne nella prossima riunione.

Il prof. Pecori legge la sua relazione su «la cosidetta posta del medico nei giornali politici», facendo rilevare la poca serietà professionale e la violazione della legge che da queste rubriche derivano e il facile pericolo cui si espone il pubblico ignaro e fiducioso in consigli medici dati a distanza e senza previa visita del malato.

L'assemblea approva i concetti esposti dal professor Pecori.

Freund aggiunge alcune sue considerazioni sul deplorevole sistema della *réclame* su giornali politici, di specialità farmaceutiche che garantiscono in breve tempo la guarigione di malattie per loro natura sempre lunghe a guarire. Conglobando le due discussioni, l'assemblea approva all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«L'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani;

deplorando che, nonostante l'autorevole intervento di personalità della scienza e le proteste della stampa medica, di Associazioni e di Congressi, si continui, in alcuni grandi giornali politici quotidiani e in riviste periodche, la pubblicazione delle cosidette rubriche di consulenza medica, nelle quali rubriche si compie spesso oltraggiosa ingiuria non solo alla Medicina, ma anche al decoro professionale, nonchè si commette una violazione palese di legge;

deplorando altresì la diffusione, negli stessi giornali, di *réclames* sfacciate a favore di preparati farmaceutici, con l'assicurazione di guarigioni rapide di malattie per loro natura sempre lunghe a guarire, come la sifilide e le gonorree, e con l'aggravante di consigli che si promettono per lettera a malati che non si conoscono:

delibera:

1) di far premura agli O. dei M. e anche alla Federazione degli O. perchè sieno denunciati all'Autorità giudiziaria coloro che fanno su giornali non medici prescrizioni medicamentose sotto forma di ricette, anche di veleni, in ispregio alla legge;

2) di interessare i singoli O. dei M. perchè provvedano disciplinarmente verso coloro che si servono di tale *réclame* indecorosa per la professione sanitaria e per la serietà della Medicina;

3) di far presente alla Presidenza dell'Associazione della Stampa italiana il dovere di opporsi a queste rubriche di consulenza medica la quale può esporre a pericoli gravi il pubblico ignaro e ciecamente fiducioso;

4) di interessare gli Ordini dei farmacisti perchè richiamino al doveroso rispetto del decoro professsionale quei farmacisti che con *réclames* ingannatrici recano offesa alla loro classe e costituiscono un pericolo per la salute pubblica in riguardo a malattie gravi e trasmissibili».

Dopo ampia discussione l'assemblea approva il seguente ordine del giorno:

«L'Associazione professionale dei Dermosifilografi italiani fa voti perchè al più presto entri in vigore il nuovo Regolamento per la profilassi anticeltica. Sino a che questo non avvenga, confida che l'Autorità sanitaria, accentuando lo spirito informativo della legge in vigore, limiti la nomina dei medici fiduciari ai soli specialisti in dermosifilopatia che dànno affidamento di competenza e serietà».

Su proposta del prof. Pasini si vota un ordine del giorno con il quale si fa presente la necessità di consulenti in dermo-sifilopatia per le Ferrovie dello Stato.

Esauriti i varî punti dell'ordine del giorno del Congresso, viene nominata la direzione dell'Associazione nelle persone del prof. Montesano a presidente, dei proff. Truffi e Verrotti a vice-presidenti; del prof. Terzaghi a segretario, e del prof Pecori, economo. R. TERZAGHI.

Federazione Nazionale Medici Chirurghi liberi professionisti.

Il 19 corr. ebbero luogo le elezioni del Consiglio della Federazione Nazionale Medici Chirurgi liberi professionisti.

In detto giorno una Commissione composta del sig. prof. Filè Bonazzola, presidente del Consiglio federale scaduto, dei segretari dell'Ordine dei Medici, della Sezione della F. N. M. C. H. L. P. del Sindacato Medico di Milano, procedettero all'apertura delle buste inviate dalle singole sezioni.

Votarono 33 Sezioni ed a scrutinio fatto riuscirono i signori: Filè Bonazzola, Milano; Pineroli, Torino; Del Vicario, Foggia; Garioni, Venezia; Pellegrini, Livorno; Riva, Brescia; Vecchi, Parma.

Il nuovo Consiglio tenne il 29 corr. a Milano la sua prima seduta. Erano presenti tutti i consiglieri. Per acclamazione venne rieletto presidente il prof. Filè Bonazzola, alla cui opera indefessa si deve principalmente lo sviluppo preso dalla Federazione. A vice-presidente il dott. Pineroli; a segretario il dott. Riva; a cassiere il prof. Vecchi.

Le dimissioni del Consiglio dell'Ordine dei Medici della provincia di Roma.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma, eletto nell'assemblea ordinaria del febbraio scorso, venuto a cognizione che il Consiglio Superiore di Sanità, accogliendo un reclamo avanzato il giorno delle elezioni, ha ritenuto non valide alcune schede elettorali spedite per la votazione senza il timbro dell'Ordine ed ha giudicato speciale contrassegno la legalizzazione delle firme degli elettori fatta dall'on. Sindaco di Roma, ha rassegnato nelle mani del Prefetto il mandato ricevuto dai Colleghi.

Pei medici carcerari.

L'on. avv. Leonardo Cocuzza ha interrogato il Ministro dell'Interno per sapere se e quali provvedimenti intenda prendere a favore della classe dei medici-chirurghi che prestano servizio presso le carceri giudiziarie.

Réclame e piccola posta.

Il prof. L. Silvagni, rilevando la scarsa diligenza dei Consigli degli Ordini, scrive nella *Federazione medica*:

Abbiamo votato nei nostri Congressi ordini del giorno rigidissimi contro la *réclame* e dobbiamo tutti arrossire leggendo nei giornali politici annunci che sarebbero indegni per lo spaccio di lucido da scarpe e rafforzati anche dalla «piccola posta» colla quale si dànno i consigli di cura di malattie, consigli che svelano chiaramente intenti industriali o industriosi a favore di specialità farmaceutiche; e non si vedono Ordini che protestino e che colpiscano con le punizioni disciplinari quei colleghi che mancano alla loro dignità.

Mi posso permettere di fare la voce grossa. In dieci anni che ho presieduto l'Ordine di Bologna e da quando è presieduto dal collega ed amico Nardi, qui nei giornali locali avvisi sconci non se ne vedono e se sono comparsi una qualche volta, sono poi immediatamente e definitivamente scomparsi.

Questo esempio dimostra che l'opera degli Ordini può e deve riuscire allo scopo.

Lo sconcio lamentato si riferisce particolarmente a Roma, ma a Roma, purtroppo, il Consiglio dell'Ordine è in crisi.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9472) *Licenziamento - Somma per la buona uscita.* — Dott. S. di B. da B. — Nessuna legge o regolamento stabilisce doversi corrispondere tre mesi di stipendio ad un medico interino che lasci la condotta perchè ad essa fu assegnato altro sanitario, in seguito a concorso.

(9473) *Periodo di servizio interinale.* — Dott. A. M. da M. — Il periodo di servizio interinale mentre è calcolato agli effetti della stabilità e del raggiungimento del diritto a pensione, non vale per gli aumenti periodici di stipendi, che vanno calcolati dal dì della nomina ad effettivo. È inutile che faccia radiare perchè Ella è già stabile, calcolando i tre anni di interinato antefatto. Indichi con precisione il numero in cui ha letto un giudizio diverso.

(9474) *Esercizio della farmacia - Incompatibilità.* — Dott. G. B. da C. E. — Non essendo più devoluta agli ufficiali sanitarii la visita e la ispezione alle farmacie, non ha più ragione di esistere alcuna incompatibilità per l'ufficiale sanitario, che abbia un figlio esercente una farmacia. Nè l'esame delle ricette, cui accenna, può creare una incompatibilità che non trova riscontro nella legge.

(9475) *Stabilità - Aumenti periodici di stipendio.* — Dott. V. E. C. da S. S. — Essendo stata nominata titolare di codesto Comune in seguito a concorso nel 1910, è ora già stabile e, pertanto, non giova far più la questione relativa alla inclusione del periodo di servizio interinale in quello di prova. In quanto agli aumenti periodici di stipendio, questi decorrono dalla nomina a titolare e non da quando si è assunto servizio con la qualifica di medico condotto interinale.

(9476) *Certificato di invalidità.* — Dott. A. D. C. da C. — Poichè il certificato è prodotto nello interesse di chi chiede la pensione, spetta a costui corrispondere il compenso al sanitario, che lo rilascia. In quanto alla misura del compenso da chiedere si serberà per base quello stabilito per una visita ordinaria, con opportuni aumenti a secondo delle varie complicazioni e contingenze del caso.

(9477) *Ufficiale sanitario.* — Dott. V. R. da P. — La legge sanitaria obbliga i Comuni a tenere un ufficiale sanitario e *non due*. Nominandosene due uno di essi è superfluo e rappresenta un vero sperpero di danaro non consentito certamente a nessun Comune, anche se non eccede la sovraimposta ai tributi diretti. Il Prefetto, poi, non può togliere l'incarico a Lei per darlo all'altro collega, giacchè fin dal 1911 cessò la facoltà del Prefetto di procedere a nomine provvisorie di ufficiali sanitarii. Oggidì occorre superare apposito concorso per rivestire tale carica. Ricorra alla IV Sezione del Consiglio di Stato contro il decreto del Prefetto, che nomina due ufficiali sanitarii per costà.

(9478) *Indennità caro-viveri.* — Dott. abb. 8231. — La sorella nubile, cui Ella allude, può aver diritto al supplemento di indennità caro-viveri, se abbia rendite proprie non superiori a L. 100, giusta le istruzioni all'uopo emanate dal Ministero del Tesoro in data 23 ottobre 1921, n. 18680.

(9479) *Regole di servizio in città divise in zone.* — Dott. O. A. da C. — Il semi-abbiente, che paga a tariffa ridotta la visita medica, può invitare qualsiasi sanitario a qualsiasi zona appartenga, ad andarlo a visitare, senza con ciò offendere il buon diritto degli altri. L'obbligo di attenersi alla zona è fatto unicamente per il servizio dei poveri. Lo stesso dicasi qualora il pagamento fosse fatto a mezzo di *tessere e di tagliandi*.

(9480) *Tassa di R. M.* — Dott. A. B. da S. — Il tasso della R. M è dell'8.65 % oltre l'aumento testè imposto per le pensioni di guerra. Riscontrare: «La legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale», del Comm. Vigo. Se ha pagato in più faccia domanda alla Agenzia delle imposte.

Doctor JUSTITIA.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Lecce*: Dottori: Ricciardi Angelo, Ginosa — Marotta Gaetano, San Cesario — De Pascalis Luigi, Lizzanello — Primiceri Guglielmo, Casarano — Lupo Raffaele, Francavilla — Pesole Michele, Sava — Monticelli Antonio, Brindisi — Cavallo Carmine, Carovigno — Pasanisi N. Raffaele, Faggiano — Alabrese Francesco, Fragagnano — D'Aprile Gennaro, Laterza — Scurti Realino, Lecce — Pasanisi Raffaele, Manduria — Scoditti Samuele, Mesagne — S. Giovanni Raffaele, Nardò — Schito Vincenzo, Racale — De Carlo Pietro, San Pietro in Lama — Tarantini Orazio, San Pietro Vernotico — La Presa Francesco, San Vito dei Normanni — Colucci Ascanio, Squinzano — Bagnivo Salvatore, Alessano — Greco Pantaleo, Caprarica — Sarcinella Luigi, Carmiano — Palma Donato, Ceglie — Pisacane Antonio, Copertino — Macchia Giuseppe, Cursi — Rollo Pietro — Podo Raffaele, Galatina — Ragusa Giovanni, Grottaglie — De Carlo Salvatore, Lequile — Ingravalle Rocco, Maglie — Salvatore Alessandro, Martano — Casavola Pietro, Martina Franca — Urso Francesco, Melendugno — De Giorgi Raffaele, Monteroni — Sabato Michele, Mottola — Oliva Cosimo, Oria — Tambarrini Luigi, Ostuni — Vincenzo Cito, Otranto — Innocente Salvatore, Salice — Cantare Carmelo, San Giorgio — Traversa Vincenzo, San Marzano — Moscogiuri Fedele, San Pancrazio — Graziuso Giuseppe, Sogliano — Stanca Donato, Soleto — Frascaro Raffaele, Supersano — Frugis Vito Michele, Surbo — D'Andrea Giovanni, Taranto — Castriota Scandeberg Alessandro, Taurisano — Miggiano Rocco, Taviano — Casalini Francesco, Torre Santa Susanna — Mazzotta Salvatore, Trepuzzi — Ponzi Giuseppe, Ugento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. anat. patol. e analisi cliniche. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. Anatom. Patol. e Analisi cliniche. L. 5000; c.-v. (L. 1200 ammogl., L. 780 celibe): assegno di L. 500 mensili come indennità di carica; il tutto al netto di R. M. Esclusa cura ammalati. Scad. ore 15 del 10 ag. Docum. non ant. 3 mesi dal 24 giugno. Tre anni in Labor. Anat. Patol. di Università. Servizio entro un mese.

BRESCIA. — Per Urago Mella; titoli ed esami; scad. 31 lug.; L. 6000 p. 1000 pov., addizion. lire 2, trasferta L. 1500, ambulat. L. 500, otto trienni, 3 c.-v., età limite 35.

BRIONI (*Brescia*). — Condotta esterna; scad. 31 lug.; L. 6500 e 4 quadrienni di L. 1000 pel 30 % abitanti, addizion. L. 5, trasp. L. 1000.

CASERTA. *R. Prefettura.* — Undici posti di uff. san. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CIOCIANO (*Caserta*). — L. 4285.70 e c.-v. di lire 857.15, quinquenni decimo, per solo servizio medico fino a cessaz. dell'attuale chirurgo condotto; poi intero servizio a L. 6000 e c.-v. di lire 1200; età limite 40; scad. 15 agosto.

FAENZA. *Ospedale Civile.* — Medico primario. Vedi fasc. 28. Scad. 45 g. dal 15 giugno.

FAVIGNANA (*Trapani*). — Il concorso annunziato nel fasc. 26 è prorogato al 31 luglio.

FERRIERE (*Piacenza*). — 2ª cond.; in corso d'approv. L. 6500 resid., L. 3000 addizionale fino a 1000 pov., L. 3000 mezzo trasp., L. 400 ambulat., 5 quadrienni decimo di cui il primo corrisposto subito, indenn. c.-v. cav. L. 2000. Serv. entro 15 giorni. Scad. 20 luglio.

MODENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. del capoluogo. Vedi fasc. 28. Scad. 20 agosto.

MONTEARGENTARIO (*Grosseto*). — Scad. 25 lug., per Grotte e Port'Ercole; L. 9000 e 5 quadrienni decimo.

MONTECORVINO PUGLIANO (*Salerno*). — Scad. 30 giorni dal 22 giu.; L. 3000 residenziali; L. 1000 per 100 fam. pov., L. 1500 cavalc., L. 500 uff. san.; età limite 43. Serv. entro 15 giorni.

PREMILCUORE (*Firenze*). — A tutto 31 luglio. Vedi fasc. 28.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni.* — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

SERIATE (*Bergamo*). — Consorzio 4 Comuni. Scadenza 31 lug. L. 7750 per 1500 pov. su 4500 ab., L. 500 uff. san., L. 1000 trasp., doppio c.-v.

SCOGLITTI VITTORIA (*Siracusa*). — L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500; diritto a passare nelle condotte di città appena vacante il posto. Scadenza 31 luglio.

SOMMO (*Pavia*). — Scad. 20 lug.; L. 6500 e 4 quadr. decimo, L. 1000 fino al 20 % ab., L. 5 ogni pov. in più, L. 1000 mezzo trasp., L. 300 ambulat.

TARANTO. — Capo del Laboratorio Medico Batteriologico del Comune; L. 8000 e 4 quinquenni decimo, c.-v., L. 1000 indenn. laurea, 50-85 % proventi introiti; età limite 49. Scad. 31 agosto.

TORRITA (*Siena*). — 1ª condotta residenziale del Capoluogo e direzione dell'Ospedale Maestri (50 letti e sala operatoria): abit. 1000 (su 5600 del Comune); titoli prevalentem. chirurgici; L. 12,000, doppio c.-v., indennità supplementare di famiglia, sei quadrienni decimo, non obbl. cav.; assicuraz., ecc.; dai degenti paganti compensi per gli atti operativi e altre prestaz. sanitarie. Serv. entro 20 giorni. A tutto 31 luglio.

VETRALLA (*Roma*). — 2ª cond. (fraz. e dintorni); L. 8000, indenn. cav. da stabilirsi, fino a un massimo di L. 2000, doppio c.-v. Scad. 30 luglio.

Medico, sette anni laurea, pratico condotte, cerca ovunque buon interinato probabile stabilità. Scrivere: Signorina Miani - Gorizia, Piazza N. Tommaseo, 8.

Cerco interinato rimunerativo per i mesi di luglio, agosto, settembre, 3 anni di laurea. Dottor Bresci Viscardo, via Serraglio, 339 - Prato.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Caltagirone (Catania), Noasca e Ceresole (Torino), Celle Enomondo (Alessandria), Ancona (sezione Marchigiana), Adria (Rovigo).

Revoca di diffide: Consorzio Seriate (Bergamo).

Nuovi boicottaggi: Consorzio Ceto-Cimbergo-Paspardo (Brescia) a favore del titolare dimissionario.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ.

Il Consiglio Superiore di Sanità, oltre i componenti di diritto, è stato ricomposto per il triennio 1922-25 con i seguenti 29 membri: Badaloni prof. Nicola, Castiglioni dott. Arturo, Devoto prof. Luigi, Di Vestea prof. Alfonso, Golgi prof. Camillo, Maggiora prof. Arnaldo, Marchiafava prof. Ettore, Sclavo prof. Achille, Conti ing. Luciano, Ascoli prof. Vittorio, Nasini prof. Raffaele, Paternò di Sessa prof. Emanuele, Lanfranchi prof. Alessandro, Giongo prof. Carlo, Bonfioli Cavalcabo conte avv. Guido, Inghilleri avv. Calcedonio, Moreschi dott. Bartolomeo, Martinelli dott. Alfredo, Torti dott. Ettore, Assauto dott. Giuseppe, Pavone dott. Angelo, Baduel prof. Cesare, Lustig prof. Alessandro, Foà prof. Pio, Giachi arch. Giovanni, Levi prof. Ettore, Maffi dott. Fabrizio, Manfredi prof. Luigi, Sforza dott. Nicola.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Leoncini Francesco, straordinario di medicina legale a Sassari, è stato trasferito alla stessa cattedra a Parma.

Sono stati conferiti i seguenti incarichi: di patologia generale e di batteriologia ai proff. Vanzetti Ferruccio e Castelli Agostino a Cagliari; di medicina legale al prof. Rossi Ottorino a Sassari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Andrei Giovanni in patologia chirurgica a Firenze; Izzo Luigi in patologia medica a Napoli; Lionti Girolamo in patologia chirurgica a Palermo; Colombino Carlo in clinica ostetrica e ginecologica a Pavia-Milano; Bellini Emidio in patologia medica a Roma.

ORDINE MAURIZIANO.

Il prof. comm. Pasquale Filadoro è nominato cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro per meriti d'insegnamento.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Il prof. Andrea Ferrannini, redattore-capo de «La Riforma Medica», è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali al valoroso medico giornalista.

Il dott. Michele Siracusa da Castroreale è nominato cavaliere della Corona d'Italia, per speciali meriti professionali e per le benemerenze acquistate durante l'epidemia grippale del 918-19 a Celleno (Roma) ed a Ciano d'Enza (Reggio Emilia).

Il dott. Nicola Fabricatore, da Seefeld nel Tirolo austriaco, è nominato cavaliere ufficiale della Corona d'Italia, per opere di beneficenza nell'esercizio professionale.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Aprile.

MALATTIE	27 mar. 2 aprile		3-9 aprile		10-16 aprile		17-23 aprile		24-30 aprile	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	120	628	133	696	139	888	106	674	138	705
Scarlattina . .	63	162	55	146	80	272	54	131	66	148
Vajuolo e vajoloide. . . .	2	2	4	7	3	4	4	4	4	5
Tifo addominale	86	148	60	90	91	149	88	132	97	177
Difterite e croup	101	168	131	175	141	255	116	159	123	205
Meningite cerebro-spinale. .	—	—	4	6	2	2	—	—	3	4

Dissenteria, tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica: nessun caso.

Precauzioni profilattiche.

In vista delle condizioni sanitarie dell'estero e specialmente del bacino del Mediterraneo, il presidente del Consiglio dei Ministri ha richiamato testè tutta l'attenzione dei Prefetti del Regno sulla necessità imprescindibile che i servizi profilattici comunali vengano tenuti in piena efficienza, che i sanitari segnalino prontamente i casi anche sospetti di malattie infettive specialmente intestinali e che si vigili attentamente sullo stato dell'approvvigionamento idrico dei Comuni e sulla difesa igienica degli acquedotti. (C.).

NOTIZIE DIVERSE.

Corsi di Elioterapia.

La Direzione Centrale del Servizio Sanitario Militare ha istituito per la prima volta quest'anno, per ogni Corpo d'Armata, sulle varie marine d'Italia, una Colonia aero-elioterapica per soldati di truppa in servizio, anemici, deboli, linfatici, ecc. Le Colonie vivranno all'aria aperta, sotto tende, e sarà applicata l'elioterapia con rigoroso criterio scientifico.

Ad ogni Colonia sono preposti un Ufficiale Medico, come Comandante, ed un Ufficiale diplomato in educazione fisica. Questi Ufficiali hanno seguito in questi giorni un breve corso di aero-elioterapia tenuto dal capitano medico Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio, ed un corso di igiene generale tenuto dal prof. Sclavo, ispettore straordinario di servizi antitubercolari d'Italia. Si è già inaugurata la Colonia tipo in Anzio, situata in una località sulla spiaggia di ponente. Per l'occasione parlarono: il generale medico Della Valle, il prof. Sclavo, il colonnello medico Santoro, il capitano Bocchetti ed il maggiore Piantelli.

Erano presenti: il col. medico Santamaria, capo divisione dei Servizi tecnici al Ministero della Guerra, il magg. Marulli, il magg. Purcara, i capitani medici: De Cesari, Pazzaglia, Cardarelli, Fiorenzo, Pesce, Vinciguerra, Passalacqua, Danieri, Manfredi; i tenenti medici: Pultrone, Potenza, Barbieri, Lanzoni, dei vari Corpi d'Armata d'Italia.

Le altre Colonie aero-elioterapiche militari per ciascun Corpo d'Armata sorgeranno sulle marine di: Massa-Marittima, Finalmarina, Alberoni di Venezia, Val d'Oltra di Trieste, Rimini, Trani, Taormina, Isola delle Femmine di Palermo e Massalubrense di Napoli.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Col 1° settembre avrà principio un corso bimestrale di perfezionamento in igiene, presso il Regio Istituto di Studi superiori di Firenze, sotto la direzione del prof. Achille Sclavo, per i laureati in medicina e chirurgia, in scienze naturali, in chimica pura, in chimica e farmacia, in zoojatria e i diplomati in farmacia. Ogni allievo dovrà essere provvisto di un microscopio. Tassa d'iscrizione di L. 300.30, oltre L. 3.10 per diritti d'iscrizione, marche, ecc. Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica (via degli Alfani, 33) dal 1° al 31 di agosto. La tassa d'iscrizione deve essere pagata alla Cassa dell'Istituto, piazza S. Marco, 2.

Corso di Elioterapia a Leysin.

Dal 15 al 19 agosto avrà luogo a Leysin un corso di Elioterapia tenuto da Rollier e dai suoi collaboratori. Il corso è completamente gratuito.

Il segretariato medico del dott. Rollier si incarica di prenotare delle pensioni a franchi 12 al giorno, camera e vitto compreso. Il corso comprende visite a tutti i più grandi istituti di Leysin. Le iscrizioni saranno ricevute presso il segretariato medico del dott. Rollier a Leysin (Svizzera) fino al 1° agosto.

Il prof. Alberto Missiroli, piazza Vittorio Emanuele, 13, che fu già a Leysin in consimile occasione, si offre di dare eventuali informazioni ai colleghi.

Corso di dermatologia e venereologia.

Un corso pratico e completo di dermatologia e venereologia avrà luogo nell'Ospedale Saint-Louis di Parigi dal 2 ottobre al 13 novembre, sotto la direzione del prof. Jeanselme, con la collaborazione di Gougerot, Sabauraud, Milian, Sézary e molti altri clinici, capi di laboratorio e medici di ospedale. Le conferenze saranno accompagnate da presentazioni di malati, proiezioni, modelli, preparazioni microscopiche, dimostrazioni di laboratorio e di terapia, esercitazioni (ricerca del treponema, reazione di Wassermann, puntura lombare, biopsie, ecc.).

Per informazioni rivolgersi alla « Clinique de Dermatologie et Syphilographie », Hôpital St-Louis, 40, rue Bichat au Musée, Paris.

Il nuovo Consiglio Direttivo dell' Associazione Italiana per l' Igiene.

È stato nominato per acclamazione al Congresso di Napoli e risulta così costituito:

Presidente: Prof. A. Sclavo (Firenze); *Vice-presidente*: Prof. R. Vivante (Venezia); *Segretario-Cassiere*: Dott. G. Palomba (Roma); *Consiglieri*: Prof. C. Poli (Liguria), prof. F. Abba (Piemonte), prof. G. Bordoni Uffreduzzi e dott. F. Vivenza (Lombardia), prof. O. Casagrandi (Veneto), prof. G. Gardenghi e dott. G. Bellei (Emilia), comm. A. Cristofanini (Toscana), prof. T. Gualdi (Lazio), prof. D. De Blasi e prof. O. Caro (Campania), dott. Mandragola (Puglie), prof. V. Colosimo (Calabria), dott. L. Piazza (Sicilia), prof. R. Binaghi (Sardegna), ing. M. Grablovitz (Venezia Giulia), dott. Dal Ri (Venezia Tridentina), prof. comm. C. Baduel dirett. gen. C. R. Italiana, comm. F. Bargoni dirett. gen. Cassa Naz. Infortuni, gr. uff. prof. L. Simonetta, prof. E. Levi per l'Istituto d'Igiene sociale, dott. B. Braccini per l'Assoc. Naz. Medici condotti, dott. G. B. Buglioni per la Federazione Ordini Medici, dott. A. Grassi per l'Assoc. Naz. U. S. liberi esercenti.

Società Romana di Antropologia.

Si è adunata il 1° luglio; furono fatte le seguenti comunicazioni scientifiche: prof. U. Rellini: *Ricerche preistoriche a Capri;* prof. G. Ajala: *Osservazioni morfologiche sul cranio e sul cervello di una microcefala.*

Elargizioni e lasciti.

La Cassa di Risparmio V. E. II di Milano ha elargito per beneficienza, in occasione dello Statuto, oltre un milione e mezzo di lire.

***

L'industriale Luigi Ronzoni di Seregno ha elargito un milione e duecentomila lire in memoria del padre all'Opera Pia « Poliambulanza Milane-

se », per il completamento e la nuova organizzazione dell'Istituto.

***

L'industriale comm. Saul Modiamo ha lasciato, morendo, L. 2,500,000 di beneficenza al Comune di Trieste ed ai proprii operai.

***

L'avv. Annibale Casolo, morto a Somma Lombarda, ha lasciato erede universale del suo patrimonio, valutato a circa L. 2,000,000, la locale Congregazione di Carità, con l'obbligo di provvedere anche all'istituzione di borse di studio per giovani poveri.

***

Il sig. Attilio Bruschetti, maestro di musica residente a Barcellona (Spagna), ha offerto 200,000 lire all'Opera Pia Cassoli Guastacilari di Bologna, per amore alla sua città natale e in omaggio alla defunta consorte; la somma verrà destinata alla profilassi fisica di fanciulli poveri da 4 a 12 anni, mediante cure all'aperto.

***

La Banca Popolare di Luino (Como), ha elargito L. 40,000 per l'impianto di un Gabinetto radiologico in quell'Ospedale Civile.

***

Il sig. Ercole Marelli ha donato alla Sezione fotoradioterapica dell'Ospedale Maggiore di Milano un nuovo potente e costoso gruppo trasformatore, grazie al quale sarà possibile d'impiantare presso la Sezione stessa un secondo apparecchio Finsen, divenuto ormai indispensabile.

Contro la malaria nelle Puglie.

In seguito a pratiche del Comitato Pugliese della C. R. I. sono stati inviati colà i colonnelli medici della C. R. Augusto Bisso e Giunio Salvi, cui si è affidato l'incarico delle ambulanze antimalariche in località Candelaro e Zapponeta.

Chinina contraffatta.

Il Ministero dell'Interno comunica di aver riconosciuto che qualche ditta mette in commercio, specialmente nei Comuni malarici del Mezzogiorno, grande quantità di discoidi zuccherati color rosa, formati come quelli del chinino di Stato, sciolti od in tubetti di vetro con la indicazione di « 10 tavolette zuccherate antifebbrifughe uso bisolfato di chinino », oppure « uso idroclorato di chinino » e che contengono soltanto tracce di alcaloide.

Il pubblico deve diffidare di questo grave attentato alla salute ed alla buona fede.

Ai medici esercenti questa notifica valga di norma, nel formulare le loro prescrizioni agl'infermi, ed ai farmacisti valga a consigliarli di usare ogni particolare cautela negli acquisti e nella vendita di tali preparazioni, asserite antifebbrifughe ed antimalariche, la cui diffusione rappresenta un grandissimo danno sociale

Congresso panrusso per la lotta antitubercolare.

Si è adunato a Pietrogrado presso la sezione per la lotta antitubercolare del Commissariato della Salute Pubblica. Sono stati svolti i seguenti temi: dispensari antitubercolari, modi di lotta contro le varie forme di tubercolosi, tipi e organizzazioni delle istituzioni antitubercolari, preparazione del personale medico e di assistenza, oltre a temi di carattere scientifico: anatomia patologica, batteriologia, sierologia, immunità ed immunoterapia. Il Congresso ha deliberato che la lotta contro le malattie sociali in genere e contro la tubercolosi in particolare deve essere uno dei compiti obbligatori per lo Stato. Ha, inoltre, ritenuto indispensabile di aprire cattedre speciali obbligatorie per la tubercolosi presso le Facoltà mediche e di organizzare corsi continui per medici con un tirocinio ospedaliero non inferiore ai 3 anni. Con questi ordini del giorno più o meno anodini e inconcludenti si è creduto di risolvere il gravissimo problema della dilagante epidemia di tubercolosi in Russia.

Centenario di un' accademia Belga.

La Società Reale delle Scienze Mediche e Naturali di Bruxelles ha celebrato il centenario della sua fondazione. Nel palazzo dell'Accademia si dettero convegno i rappresentanti di tutte le società scientifiche ed intellettuali del Regno, nonchè dotti rappresentanti di nazioni amiche. Tenne il discorso commemorativo Jules Bordet; parlarono anche Héger e Delezenne.

Due medici vittime di un infortunio automobilistico.

Il dott. Carlo Cavazzeni e il suo assistente dott. Ricci, residenti a Bergamo, si recavano in automobile a visitare una malata a Vilminore; ad un certo punto della valle di Scalve pare che la strada franasse e il veicolo precipitò in un burrone profondo 70 metri; lo chauffeur si salvò per un caso, mentre i due medici rimanevano uccisi. Contavano rispettivamente 41 e 29 anni.

Vittima della scienza.

Si annunzia da Vienna la morte del prof. Weil, per tifo petecchiale contratto nell'eseguire alcune esperienze sulla malattia. La morte avvenne dopo alcune settimane. Egli contava 42 anni. Aveva eseguito delle ricerche per la produzione di un siero specifico contro il tifo petecchiale.

È morto ad Helsigfors (Finlandia) il professor OSSIAN SCHAUMAN, direttore della II Clinica Medica presso quella Università, noto per i suoi studi sull'anemia da botriocefalo, sulle anemie perniciose in genere, sulla clorosi, sulla disuguaglianza pupillare, sull'eziologia dell'appendicite, ecc.; ha lasciato una somma ingente per la fondazione di un istituto scientifico destinato agli studii sull'eredità.

T.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Clin. Pediatr., apr. — G. FIORE. Anatomia patologica e patogenesi della corea del Sydenham.

British Med. Journ., 6 mag. — R. JONES. Trattamento delle paralisi nell'infanzia.

Pathologica, 1º mag. — G. SANGIORGI. Le spirochetosi dei muridi.

La Terapéutica en las Clinicas de Barcelona, mag. — COMPAN. I principali problemi della chirurgia urinaria. — E. RIBAS. Indicazioni chirurgiche nelle itterizie da litiasi biliare.

Deutsche Med. Wochens., 5 mag. — FÜRBRINGER. Ejaculatio deficiens inter congressum. — F. MÜLLER. L'azione dei purganti.

Journ. d. Praticiens. 6 mag. — A. BERNON. L'oleotorace terapeutico.

Bulletin Acad. de Méd., 21 apr. — A. BERNON. Detto.

Studium, apr. — E. COPPA. Le condizioni igienico-sanitarie del lavoro di composizione a macchina (linotipia).

Wien. Klin. Wochens., 4 mag. — F. CHVOSTEK. Sulla patogenesi della cirrosi epatica.

La Presse Méd., 6 mag. — F. WIDAL, P. ABRAMI e L. DE GENNES. Colloidociasia e glandole endocrine; asma e insufficienza tiroidea.

Riforma Med., 24 apr. — D. PACE. Sul nodo del seno del cuore dei mammiferi. — U. PARODI. Sulla patogenesi del morbo di Bright; la nefrosi.

The Lancet, 29 apr. — L. FINDLAY. Sulla patogenesi del rachitismo.

Long Island Med. Journ., feb. — H. APFEL. Disturbi gastrici nella gastroptosi.

Zbl. f. inn. Med., 6 mag. — E. KYLIN. Il sistema capillare può essere considerato come un cuore periferico?

Münch. Med. Wochens., 5 mag. — L. ASCHOFF. Concetto e teorie dell'infiammazione. — G. DORNER. Colesterinuria e indicanuria.

Giorn. di Clin. Med., 30 apr. — F. RAVENNA. Linfoadenosi acuta subleucemica e così detta sarcomatosi renale bilaterale. — A. ROSSI e ZANON. Sulla forma del cuore umano.

ARCHIVI.

Il Policlinico, Sez. Med., giugno. — E. TRENTI. Sopra un caso di mixedema con distrofie pluriglandolari. — A. CIMINATA. Contributo alla fisiopatologia dell'apparato linfatico ematopoietico con le colorazioni vitali. — G. AIELLO. Influsso della stasi venosa sullo stato fisico-chirurgico dei globuli sanguigni. — A. RICCI. Sopra un caso di leucemia cronica granulocitica con megariocitosi e piastrinemia.

Il Policlinico, Sez. Chir., giugno. — G. ANZILOTTI. Osservazioni sulla pseudo-botriomicosi e granuloma peduncolato telangectasico. — I. DI PACE. Osservazioni su alcune rachianestesie ripetute negli stessi individui. — T. LAURENTI. Contributo clinico alla casistica del «fibroma duro» del padiglione auricolare. — O. TENANI. Contributo alla chirurgia della papilla del Vater. — A. CHIASSERINI. La tubercolosi renale (rivista sintetica e critica).

Bull. d. Scienze Med., mar.-apr. — G. B. FACCHINI. Quantità e qualità dei lipoidi cerebrali nella rabbia di strada.

Ann. di Ostetr. e Ginecol., apr. — A. GENOVA. Grave anemia da intossicazione chimica a decorso progressivo. — R. COSTA. I diametri trasversi del bacino sono suscettibili di modificazioni utili con la sinfisiectomia parziale superiore?

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 24 Luglio 1922 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

LABORATORIO DI MICROGRAFIA E BATTERIOLOGIA DELLA SANITA' PUBBLICA
diretto dal prof. B. GOSIO.

Sui bacilli difterici e pseudodifterici.

Nota preventiva.

Prof. M. PERGOLA.

Una questione non ancora risoluta sebbene spesso presa in considerazione, perchè molto interessante all'atto pratico per l'accertamento diagnostico dell'infezione difterica, e conseguentemente per la profilassi, è quella relativa alla differenziazione del bacillo difterico dagli pseudodifterici.

I criteri suggeriti a tale scopo sono vari, quali:

a) i caratteri morfologici,

b) la produzione dei granuli metacromatici,

c) il comportamento alla colorazione col metodo del Gram,

d) i caratteri culturali nei comuni substrati nutritivi,

e) l'anaerobiosi facoltativa,

f) l'azione fermentativa dispiegata sugli idrati di carbonio,

g) la virulenza, cioè la produzione della caratteristica tossina.

Questi criteri nel loro complesso hanno valore dimostrativo e decisivo, ma nessuno di essi singolarmente considerato ha in realtà valore assoluto, perchè, se si prendono in esame gli stipiti batterici, che, nella pratica dell'accertamento diagnostico della difterite, si isolano dagli ammalati, o dai convalescenti, o dai guariti clinicamente, o dai conviventi

cogli ammalati, stipiti che in base ai loro caratteri morfologici dovrebbero rientrare nel gruppo dei bacilli difterici o degli pseudodifterici, si riscontra che la maggior parte di essi non rispondono tipicamente, in senso positivo o negativo, a tutti i criteri sopra elencati, ma per alcuni si comportano come bacilli difterici, per altri come pseudodifterici.

Anche la virulenza, che sembrerebbe dovesse essere la proprietà più probativa, non sempre ci soccorre. Si può convenire infatti che sia realmente decisiva quando esiste, e in tal caso lo stipite che produce la caratteristica tossina è da classificarsi come bacillo difterico, tanto più che, di solito, lo troveremo rispondere a tutti, o a molti degli altri criteri. Ma se lo stipite non è virulento, non si può dichiararlo senz'altro pseudodifterico, perchè si sa che esistono stipiti sicuramente difterici sebbene avirulenti.

Del resto per nessuna specie batterica la virulenza è una proprietà costante e immutabile, ma è anzi tanto variabile, da poter andare perfino perduta, senza che per questo la specie batterica cessi di essere quello che era, sia cioè da considerarsi tutt'affatto diversa. Perchè dunque dovrebbe stabilirsi un'eccezione proprio pel bacillo difterico? Non se ne vedrebbe la ragione, e, se così è, se ne deve dedurre che la mancata virulenza non ha maggiore importanza di un altro qualsiasi dei criteri accennati, che risulti negativo, ed ha per conseguenza un valore molto relativo.

In conclusione, a prescindere dagli stipiti che rispondono positivamente e in modo tipico ai caratteri del bacillo difterico, e per i quali quindi non vi può essere discussione, per gli altri, che, come ho detto, all'atto pratico rappresentano la grandissima maggioranza, regna grande incertezza.

***

Un non trascurabile contributo esplicativo alla questione mi sembra apportato dall'uso dei substrati da me proposti per la cultura di isolamento e per la cultura di arricchimento, e che formano la base del mio nuovo metodo di diagnosi batteriologica della difterite (1).

Approfittando dell'ospitalità gentilmente concessami presso il Laboratorio Batteriologico del Municipio di Roma, ho avuto occasione di compiere, coi miei terreni, più centinaia di accertamenti diagnostici per la difterite, che mi hanno permesso di raccogliere un'abbondante messe di osservazioni, in base alle quali mi sono convinto che la questione dei bacilli difterici e pseudodifterici possa essere notevolmente semplificata.

Riassumo brevemente, in questa nota preventiva, le principali considerazioni, che mi hanno indotto ai concetti, che mi sono formato in proposito.

I materiali inviati al Laboratorio, per la ricerca del bacillo difterico, si distinguono in tre gruppi:

1. materiali prelevati da individui con malattia in atto;
2. materiali prelevati da questi medesimi individui durante la convalescenza, o dopo avvenuta la guarigione clinica;
3. materiali prelevati da individui conviventi cogli ammalati, o che comunque avevano avuto contatto con essi.

Come già altrove ho riferito, le colonie difteriche, nei miei terreni di isolamento, assumono caratteri macroscopici così tipici, da permettere di differenziarle facilmente dalle colonie delle altre specie batteriche, che riescono a svilupparsi in detti substrati.

Orbene, molto spesso, e specialmente dai materiali del secondo e terzo gruppo, ho ottenuto colonie che, per il loro aspetto macroscopico, erano tipicamente difteriche, mentre all'esame batterioscopico risultavano costituite da germi, che, per i caratteri morfologici e per l'assenza o relativa scarsità dei granuli metacromatici, avrebbero dovuto riferirsi, secondo i concetti finora prevalenti, al cosiddetto tipo Hofmann, cioè al bacillo pseudodifterico. Isolati questi stipiti e studiati più accuratamente, si è trovato però che, se per molti caratteri si allontanavano dal bacillo difterico, per altri invece gli corrispondevano, e primo fra tutti, per l'aspetto macroscopico della colonia.

Siffatti stipiti, che all'atto pratico, come ho accennato, sono di più frequente reperto, debbono dunque considerarsi pseudodifterici? Ecco il punto essenziale della questione.

Secondo me essi vanno considerati veri e propri bacilli difterici, ma *modificati*, o in seguito alla loro permanenza nell'organismo,

---

(1) M. PERGOLA. — *Perfezionamenti tecnici nella ricerca del bacillo difterico* — Bollettino della R. Accademia Medica di Roma - Anno 1920-21.

M. PERGOLA. — *Arricchimento culturale nella diagnosi batteriologica della difterite* — Bollettino della R. Accademia Medica di Roma - Anno 1920-21.

M. PERGOLA. — *Nuovo metodo per la diagnosi batteriologica della difterite colla cultura di arricchimento* — Il Policlinico - Sez. Pratica - 1921.

che in qualche modo deve pure agire su di essi, o per azione dell'antitossina difterica, che di solito viene somministrata agli ammalati, o per qualche altra circostanza, il cui apprezzamento ci sfugge e che per ora a noi poco interessa di conoscere esattamente.

Vediamo come mi sono confermato in questo concetto.

Se quando nelle culture di isolamento, all'esame di qualche colonia si riscontrano stipiti riferibili al cosidetto tipo Hofmann, sottoponiamo a indagine batterioscopica numerose colonie, non è raro imbattersi in alcune, costituite da elementi, che nessuno esiterebbe a giudicare bacilli difterici, mentre macroscopicamente le colonie sono tutte identiche tra loro, e corrispondenti alle tipiche colonie difteriche.

Si dovrebbe allora ammettere che nel materiale esaminato esistesse una miscela di bacilli difterici e pseudodifterici? Sarebbe poco razionale, poichè, qualora con periodiche indagini batteriologiche si seguano gli individui affetti da difterite e mentre la malattia è in atto e durante la convalescenza e dopo avvenuta la guarigione clinica, si arriva sempre a un momento, in cui si rinvengono germi del tipo Hofmann. La supposta miscela di bacilli difterici e pseudodifterici dovrebbe dunque esistere costantemente, poichè la si ritroverebbe in tutti i casi.

Ma ciò è contraddetto da altre osservazioni. Infatti per spiegare, nel modo il più apparentemente logico, questa costante coesistenza dei due germi, bisognerebbe ammettere che il pseudodifterico preesistesse, nelle fauci, all'insediamento del bacillo difterico, che vi permanesse durante la malattia senza potersi rintracciare, il che porterebbe a supporre che si trovasse in quantità minima rispetto al bacillo difterico, e che solo in seguito, quando questo diminuisce, venisse a manifestarsi, assumendo su di esso la prevalenza.

Tale ipotesi condurrebbe alla conseguenza che tutti gli individui normalmente dovrebbero essere portatori di bacilli pseudodifterici, il che invece non corrisponde a verità, come dimostrano in primo luogo le indagini appositamente fatte in proposito da vari studiosi, ed in secondo luogo le indagini riferentisi ai conviventi cogli ammalati.

Esaminando appunto il materiale prelevato dalle fauci delle persone che convivono coi pazienti, di solito risulta che in un primo periodo di tempo essi non albergano germi neppure sospetti di essere difterici o pseudodifterici, e solo in seguito spesso mostrano batteri identici a quelli che si ritrovano negli ammalati, e che corrisponderebbero al già ricordato tipo Hofmann. Ciò dimostra che il bacillo pseudodifterico non preesisteva e che il germe riscontrato a un dato momento nei sani, è stato loro trasmesso dai pazienti.

L'ipotesi della costante coesistenza dei due germi appare dunque infondata, e quindi essendo poco probabile, seppure non assurdo, che i bacilli rinvenuti nei convalescenti, o nei guariti clinicamente e negli individui che sono stati a contatto con essi, siano pseudodifterici, devono considerarsi veri e propri stipiti difterici. Poichè però questi non si comportano, allo studio delle loro proprietà, come il tipico bacillo di Klebs-Löffler, sono da ritenersi stipiti difterici *modificati.*

Dopochè coll'osservazione spassionata di quanto offre la pratica, e in base al criterio clinico sono venuto a formarmi in proposito il concetto che ho espresso, ho voluto indagare come si comportassero, nei miei substrati culturali, quelli che possono veramente designarsi bacilli pseudodifterici, poichè questo gruppo batterico senza dubbio esiste, ma, secondo me, si sono riferiti ad esso germi che non gli appartenevano.

Mi sono perciò procurato stipiti di varia provenienza, diagnosticati come pseudodifterici da coloro che li avevano isolati e studiati, e li ho seminati nei miei terreni di isolamento e di arricchimento.

Senza intrattenermi tanto a lungo, pel momento, su queste indagini, dirò che esse mi hanno dimostrato, che i bacilli pseudodifterici nei miei substrati nutritivi si differenziano molto nettamente dai difterici, perchè, o non vi si moltiplicano, o, seppure vi riescono, vi hanno sviluppo ritardato e stentato, e nei terreni solidificati poi danno sempre colonie di aspetto tutt'affatto diverso dalle difteriche. Ecco quali sono gli stipiti che si possono veramente dichiarare pseudodifterici.

A riprova di questo risultato, aggiungerò che alcuni degli stipiti fornitimi come pseudodifterici si comportavano invece nei miei terreni analogamente al bacillo difterico. Ma indagando, per quelli che ho potuto, sulla loro provenienza, sono riuscito a conoscere che erano stati isolati o da individui che avevano subito la difterite, o da conviventi con ammalati. Ciò veniva precisamente a confermare che si trattava non di pseudodifterici, bensì di stipiti da considerarsi difterici *modificati,* come nei casi discussi precedentemente, e pei quali si è giunti a questa medesima conclusione.

Per le esposte considerazioni e per altre che

qui per brevità tralascio, mi sono pertanto convinto che dobbiamo distinguere il gruppo dei bacilli pseudodifterici (manteniamo pure questa denominazione, sebbene atta a generare equivoci), che costituiscono specie batteriche a sè, e il bacillo della difterite, il quale a sua volta può essere *tipico* o *modificato*, ma che si differenzia sempre dai precedenti, perchè nei miei substrati al tellurito si sviluppa con sollecitudine e rigogliosamente, dando luogo in quelli di isolamento a colonie dal noto aspetto caratteristico, o molto simili.

Mi occuperò altrove dell'importanza che, nell'epidemiologia della difterite, spetta, secondo me, agli stipiti di bacillo difterico *modificato*.

Roma, maggio, 1922.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sulla diagnosi delle fratture della clavicola

Nota Clinica.

Dott. SALVATORE AURIEMMA.

Non credo lasciar passare sotto silenzio un caso clinico di frattura della clavicola osservato nel settembre 1921, poichè, pur essendo in genere tale lesione abbastanza comune in pratica, pure la varietà etiologica e clinica in esame è piuttosto rara a riscontrarsi e offre qualche particolarità degna di essere messa in rilievo.

Il caso in parola riguardava un forte e robusto operaio, addetto ai lavori d'una conduttura d'acqua potabile, tale S... A..., fu Vittorio, d'anni 30, da S. Maria C. V. ivi domiciliato, il quale mi riferì che il 2 settembre 1921 nel discendere nell'alveo della conduttura (fosso profondo m. 1.55) con gli arti superiori puntati sui rispettivi margini di esso fosso, gli venne meno il braccio sinistro e che l'arto superiore destro, rimasto aggrappato al ciglio del fossato, venne dal peso del corpo portato con brusca violenza in alto, in fuori e alquanto all'indietro. Inoltre che mentre avveniva questa abduzione ed elevazione forzata dell'arto superiore destro, sentì nettamente uno scricchiolio nella spalla destra con forte dolore.

All'infuori del precedente non subì alcun altro trauma, poichè categoricamente il soggetto affermava di essere caduto giù sulla punta dei piedi e di avere anzi cominciato a lavorare, ma la dolenzia della parte traumatizzata lo costrinse subito a desistere. Il dirigente il lavoro lo inviò a visita medica e, a dire del paziente, gli fu diagnosticata una contusione della reg. clavicolare destra. Diagnosi che, noi inclinammo a credere, dovette essere tale in primo tempo, perchè alcun apparecchio immobilizzante, sia pure provvisorio, gli fu praticato, nè il giorno dell'infortunio, nè nei due giorni seguenti, finchè non cadde sotto la nostra osservazione, che ci fece rilevare quanto segue.

Individuo di sana e robusta costituzione fisica con anamnesi completamente negativa. Nulla di patologico a carico dei diversi organi o sistemi. All'ispezione della regione clavicolare destra: niente deformità apprezzabile, niente ecchimosi, non impotenza funzionale nel senso assoluto, poichè, sebbene con dolore, pure il paziente poteva elevare l'arto superiore destro fino a toccare la fronte con la mano corrispondente. Con un nastro metrico teso tra il bordo acronico-clavicolare, segnato con una matita dermografica (il quale praticamente corrisponde all'estremità superiore d'una linea verticale tracciata nel mezzo della faccia anteriore del braccio) e l'interlinea articolare sterno-clavicolare volli confrontare la differenza di lunghezza tra lato sano ed ammalato, ma il confronto non lo ritenni probatorio in via assoluta in quanto trovai una differenza minima. Alla palpazione scorrendo con un dito lungo il bordo clavicolare dall'estremità sternale all'acromiale, si aveva un *punto di massimo dolore nettamente circoscritto* all'unione del terzo esterno col terzo medio dell'osso. Detta manovra fu ripetuta più volte, anche con lo spigolo di un doppio soldo e sempre con identico risultato positivo. Imprimendo cauti movimenti passivi al braccio corrispondente l'infermo avvertiva dolore al terzo medio della clavicola destra. All'incontro non mi fu dato rilevare nè la mobilità anormale, nè la crepitazione dei frammenti, per quanto m'indugiassi a ricercare di proposito tali sintomi con opportune, ma prudenti manovre.

Tenendo in giusto conto la negatività di tali due ultimi sintomi capitali e basandomi sul solo dato positivo della palpazione, testè riportata e ben controllata, diagnosticai «frattura del terzo medio della clavicola con frammenti giustaposti». Nè m'ingannai, perchè l'esame radiografico eseguito il 7 settembre dal prof. Malcangi, qui appresso riprodotto in clichè, sul quale le frecce indicano la direzione della rima di frattura, confermò pienamente la diagnosi.

Le noti salienti del caso clinico in esame, che lo rendono degno di menzione sono due:

1. La modalità etiologica.
2. La rarità di frattura a becco di clarino, cioè con un'obliquità di rima maggiore di 45°, a frammenti giustaposti.

Le fratture della clavicola in generale possono avverarsi con tre meccanismi diversi:

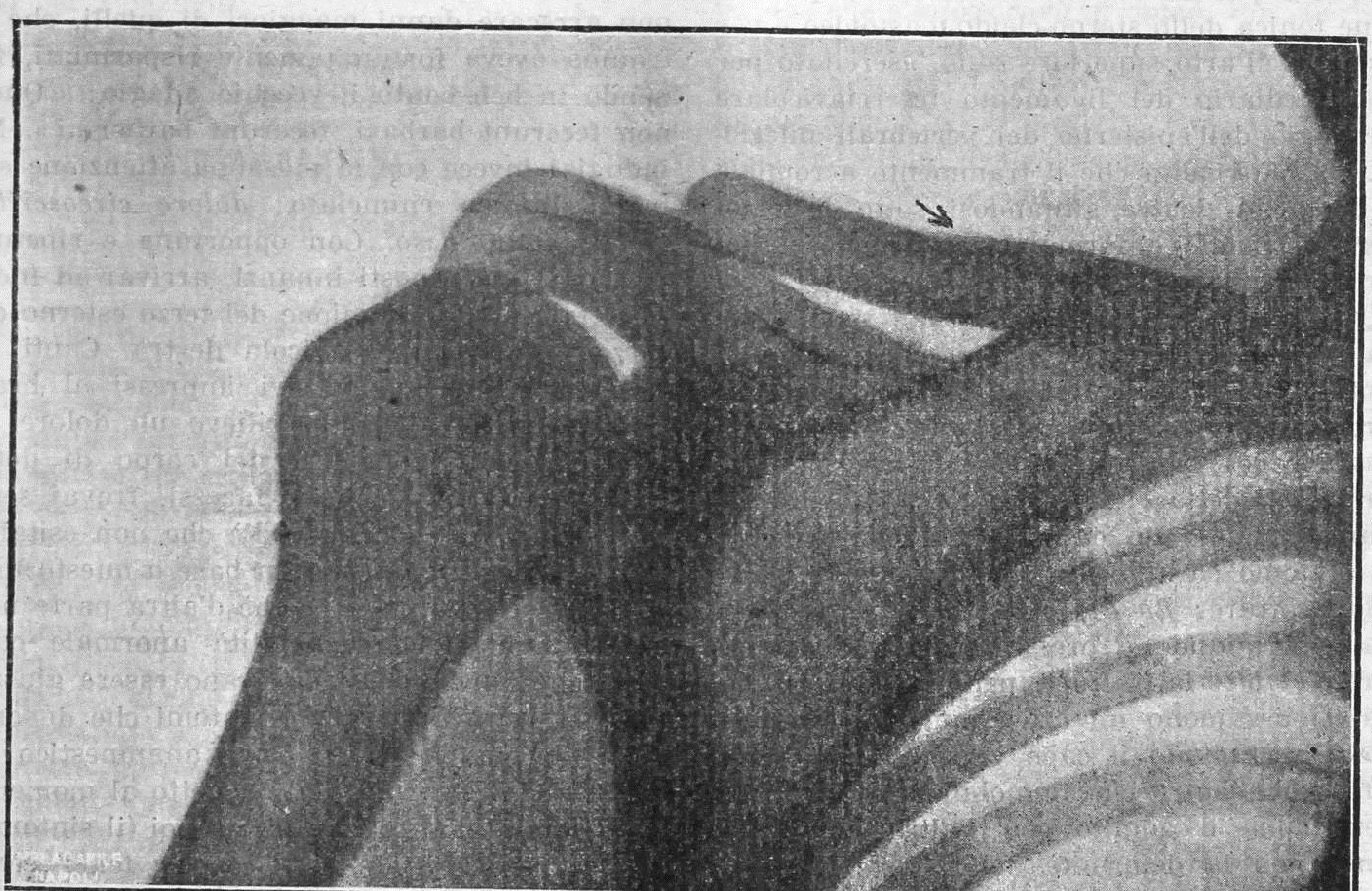
1° per violenze dirette;
2° per violenze indirette;
3° per contrazioni muscolari.

La frattura in parola appartiene alla seconda varietà. Mentre però le fratture indirette ordinariamente hanno come determinismo una caduta sul moncone della spalla, un colpo sulla superficie esterna di essa o una compressione violenta e come patogenesi in questi casi una *flexion forcée* (*Tilleaux*), ovverosia, come ha anche dimostrato il *Boyer*, una

esagerazione delle due opposte curvature dell'osso, che si rompe per lo più all'unione del 3° esterno con i due terzi interni, essendo in tale punto più sottile e di struttura meno resistente, oltre che quasi sprovvisto di inserzioni muscolari (Gmilym G. Davis anatomia applicata), la frattura invece ha una differente etiologia e patogenesi. Eccone il meccanismo anatomopatologico.

Allorchè un braccio, poniamo il destro, viene passivamente allontanato dal tronco fino alla orizzontale, è l'articolazione scapolo-omerale corrispondente, che esegue un movimento di abduzione, il quale s'arresterà, quando la grossa tuberosità dell'omero (trochite) verrà ad occupare lo spazio sottocromiale e la capsula articolare si sarà fortemente tesa nella sua parte inferiore. Proseguendo in un ulteriore innalzamento del braccio non si muove più la testa omerale, ma allo incontro è la scapola che entra in funzione con un movimento di *bascule*, per cui l'angolo inferiore s'allontana dalla linea mediana del corpo. Ma la scapola è articolata per mezzo dell'acromion con la clavicola, la quale a sua volta è connessa con lo sterno, di modo che la clavicola dovrà seguire in tale movimento la scapola fino a che lo permetteranno da una parte la tensione dei ligamenti dell'articolazione acromico-clavicolare e dei coraco-clavicolari e dall'altra l'articolazione sterno-clavicolare. A questo punto omero, acromion e clavicola diventano un tutto rigido, che s'appuntella contro lo sterno a guisa d'una leva e allora, se essa sarà sollecitata ad ulteriore forzato innalzamento, o s'infrangerà il fulcro, o cederà la resistenza o si romperà la leva.

Il fulcro rappresentato dallo sterno e resistente e quindi difficilmente si rompe; la resistenza, rappresentata dai ligamenti sterno-clavicolari e della capsula articolare, difficilmente cede, anche perchè il capitello clavicolare viene ad impuntarsi contro la prima cartilagine costale, ostacolo insormontabile, che rende impossibile la lussazione in basso dell'articolazione sterno-clavicolare; si romperà invece con facilità la leva e quindi: o frattura della scapola o della clavicola. La scapola ben protetta da ogni parte da potenti masse muscolari con ligamenti spessi e robusti (acromico-clavicolari e coraco-clavicolari) situata per di più all'estremità della leva dalla parte della potenza, non cederà; l'osso invece destinato ad infrangersi sarà la clavicola, come che è il pezzo meno resistente del braccio di leva.



Il meccanismo patogenetico testè esposto ci rende dunque edotti della frattura clavicolare nel nostro soggetto, il cui arto superiore destro, portato, come rilevasi dalla storia, in superelevazione, venne ad assumere la funzione d'una leva di 2° genere, il cui braccio s'infranse nel punto meno resistente e se-

condo una linea molto obliqua (becco di clarino) diretta dall'alto in basso e da fuori in dentro. Tale tipo di frattura, che s'avvicina quasi alla longitudinale, difficilmente è dato riscontrare in pratica, perchè la lesione completa tipica, che reinteratamente cade sotto la nostra osservazione è la frattura obliqua, in cui lo spostamento dei frammenti e la regola noi ben sappiamo come essi si situano.

L'esterno è attirato in basso per il peso dell'artosuperiore e la tonicità del deltoide; in dentro per la concentrazione dei pettorali, del grande dorsale e del succlavio. Il frammento interno è portato in alto ed in avanti per l'azione tonica dello sterno-cleido-mastoideo e per il peso dell'arto superiore sano, esercitato per l'intermediario del ligamento interclavicolare (prestigio dell'episterno dei vertebrali inferiori). Da ciò risulta che il frammento acromiale si porta in dentro situandosi sotto il frammento sternale e formando un'angolo il cui vertice si dirige in alto ed in dietro.

Questo spostamento però non è sempre costante; ed il caso in esame, per esempio, rappresenta un'eccezione alla regola generale, perchè data l'obliquità della rima di frattura, maggiore di 45° gradi, i frammenti, per l'asprezza di detta rima si erano saldamente ingranati, dando un carattere di negatività ad un sintomo caratteristico della maggior parte delle fratture: *La deformità della parte.* Tale sintomo, quando è presente, ci fa diagnosticare d'*emblée* la frattura, perchè allora gli ammalati assumono un atteggiamento caratteristico: reclinando il capo verso il lato fratturato, nel mentre che immobilizzano l'arto sostenendone il gomito con l'altra mano. Insieme con la deformità della parte mancava nel caso in esame anche un altro sintomo ispettivo: *la impotenza funzionale.* Si è spesso ripetuto, che gli ammalati sono incapaci di portare la mano alla testa. Ciò in via assoluta è falso, perchè in questi casi clinici il solo dolore è quello che limita l'escursione dei movimenti e lo *Gerdy* dice bene «che un individuo energico può elevare il braccio al di sopra della testa», come all'opposto vi sono persone molto sensibili, che restano incapaci di servirsi di un membro, anche se v'è soltanto una leggiera contusione di muscoli di ossa. Difatti l'ammalato, sebbene con dolore, pure poteva portare discretamente bene la mano sulla testa; laonde attenendoci a questo sintomo negativo avremmo dovuto escludere la frattura.

Nè nel caso presente è da discutersi la presenza o meno dell'*ecchimosi.* Essa in tesi generale ha gran valore per la diagnosi di frattura allorchè comparisce 24-48 ore dopo l'accidente; che se invece si manifesta subito dopo potrebbe benissimo essere stata prodotta da una semplice contusione. In quarta giornata in cui osservai l'infermo non ne trovai traccia.

Esaurita così l'ispezione, che orientava per la sua negatività verso una semplice contusione, passammo a vagliare: tre sintomi seguenti, rilevabili con la palpazione: *Crepitazione, mobilità anormale e dolore circoscritto.*

Di crepitazione e di mobilità anormale, dato quanto innanzi ho esposto, non era a parlarsi, nè fui corrivo a volerle rilevare per forza, per non arrecare danni maggiori di quelli, che il trauma aveva fortunatamente risparmiati, tenendo in ben conto il vecchio adagio: «Quod non fecerunt barbari, fecerunt barberini». Mi indugiai invece con la massima attenzione sul terzo sintoma enunciato: *dolore circoscritto in un punto fisso.* Con opportune e ripetute manovre, già esposti innanzi, arrivai ad indovare tale punto all'unione del terzo esterno col terzo medio della clavicola destra. Cauti ed acconci movimenti passivi impressi al braccio mettevano anche in rilievo un dolore riflesso in corrispondenza del corpo di detto osso. Per quante riprove facessi, trovai sempre l'indentico reperto, ond'è che non esitai a fare diagnosi di frattura in base a questo unico sintomo positivo e poichè d'altra parte non v'era crepitazione e mobilità anormale conclusi che i frammenti dovevano essere giustaposti. Invero due erano i sintomi che deponevano per una frattura: l'uno anamnestico (*lo scricchiolio*, avvertito dal soggetto al momento del trauma), l'altro rilevato da noi (il sintomo: *dolore circoscritto*). A non voler tener conto del primo (annesso e non concesso, che il paziente mentisse) tutta la diagnosi si basava sul secondo.

In effetti quando lo spostamento dei frammenti è minimo o nullo, come nel caso in esame, non v'è altro carattere clinico apprezzabile e decisivo per la diagnosi, che il dolore vivo, ben imitato ed esagerato dalla pressione diretta e a distanza dal movimento del braccio. Esso sintoma è di gran valore, anzi direi patognomonico nel caso in esame, tanto più che non si trova al disopra del punto doloroso alcun segno di contusione, malgrado la situazione superficiale dell'osso. Non altrimenti avviene nei bambini, dove per la forte resistenza dal periostio molto sviluppato, si determina facilmente la frattura sottoperiostea, «*la fracture en bois vert*» dei francesi ed allora, mancando completamente la scomposizione dei

frammenti, la ispezione riuscirà poco o nulla dimostrativa e la sola palpazione ci darà la chiave di volta della diagnosi, mettendo in rilievo un sintomo molto importante, quando lo si mette in correlazione con un precorso traumatico: «Il dolore circoscritto alla sede di frattura ».

Concludiamo dunque che nelle lesioni traumatiche dell'arto superiore, specie se interessano la clavicola per stabilire la diagnosi bisogna essere minuziosi ne'l'osservazione e vagliare con fine accorgimento tutti i sintomi, tenendo presente anche tutte le possibili e rare varietà cliniche, che potrebbero essere poi nocivi per i pazienti.

S. Maria C. V., marzo 1922.

COMMENTI.

Il pericolo cocainico.

C. F. ZANELLI, doc. di clinica neuropatologica.

Il recente lavoro del Sabatucci sui fiutatori di cocaina uscito su questo giornale (1), mi porge l'occasione di aggiungere qualche parola a quanto l'egregio amico ha così acutamente e compiutamente esposto. E ciò non per contraddire nè per discutere dati di fatto su cui siamo pienamente d'accordo, ma per esprimere sull'argomento alcune considerazioni che derivano dalla migliore maestra delle cose umane: l'esperienza.

Poichè chi ha avuto occasione per dovere professionale e per interesse di studio, di frequentare la ormai innumerevole falange dei candidati all'abbrutimento in causa della cocaina e di altre droghe — ha assistito a tali spettacoli di miseria, da poterne scrivere, col cuore stretto, interi volumi.

***

Per ciò che riguarda la colpa della diffusione della cocaina da noi, sono d'accordo con il Sabatucci nel non doverla attribuire alla Germania perchè principale fabbricatrice sia per qualità che per quantità. Sta di fatto pertanto che la Germania ha esportato la droga su vasta scala, e principalmente in Francia, ove per il temperamento naturale di quel popolo, se ne è rapidamente propagato l'uso.

Oggi tuttavia ho trovato a Berlino altrettanti seguaci dell'obliqua dea che a Parigi; e numerosissimi pure esistono in tutte le nazioni d'Europa. Quanto all'America, essa ha rapidamente conquistato uno dei primi posti nel cocainismo, specialmente in seguito alla legge della *Prohibition* che vieta le bevande alcooliche. Ricordo a questo proposito che due anni or sono, approdando a New-York, gli stessi agenti della *Custom-house* che primi incontrai sul vapore, mi richiesero se avessi avuto cocaina da cedere loro a qualsiasi prezzo!

Non credo invece che la letteratura abbia gran che influito alla propagazione della tossicomania — di cui rappresenta piuttosto un effetto che una causa. Th. de Quincey che prendeva ottomila gocce di laudano al giorno, Coleridge che s'intossicava di oppio, Poe, perfetto tipo di dipsomane, Baudelaire, de Nerval, Barbey d'Aurevilly, e Gauthier, e Farrère, e buoni ultimi alcuni pochi nostri letterati snobistici anch'essi ormai *demodés* — furono degli intellettuali sensitivi e impressionabili che per decadentismo, o per placare crucci e dolori, pagarono essi stessi il tributo al veleno.

Nel nostro popolo che legge assai poco, non può influire la suggestione letteraria. Esso non è ancora abbastanza *civilisé* da lasciarsi trascinare al falso ideale delle droghe che dopo la frustante ubriacatura conducono a così tragiche espiazioni. Preferisce ancora il vecchio onesto vino. Eppoi da noi l'amore è tenuto ancora in troppo conto perchè resti il tempo di abbandonarsi alle voluttà artificiali che allontanano dalla femina, la quale è fonte di voluttà molto naturali.

In Italia il male dilaga in certe determinate categorie, piuttosto per contagio diretto e per senso di imitazione. E se ogni giorno vien fatto di scoprire il vizio segreto nella persona che meno si supponeva, se ogni giorno è una nuova vittima che s'immola al certo avvenire di dolore e di miseria, essa resta racchiusa nell'ambito dei tarati ereditari, degli inutili, degli ingenui, dei disillusi.

Quando sulla terra vi sono 800 milioni di individui che fumano tabacco, 400 l'oppio, 300 che masticano canapa indiana, 100 il betel, 40 la coca — bisogna dire che non si può pretendere di sottrarsi del tutto al fascino dei tossici inebrianti, antico quanto il mondo.

Tale istintiva attrazione che si perpetua di età in età, va soltanto disciplinata. Il ridurla il più possibile, non il sopprimerla, costituisce già un buon resultato.

***

Giustamente il Sabatucci accenna alla guerra come alla migliore propagatrice dell'uso della cocaina.

(1) Dott. FRANCESCO SABATUCCI. *Sindromi neuropsichiche nei fiutatori di cocaina.* (Policlinico, Sez. medica, fasc. 5, maggio 1922).

La guerra, con la mescolanza delle razze, il bisogno che ha creato di stordirsi, di dimenticare, ha aumentato il flagello. Le sofferenze della trincea, le comodità del fronte interno, hanno spinto alla distrazione, al piacere ad ogni costo. È noto come molti aviatori e marinai fiutassero la presa prima di esporsi al cimento, e come in Austria e in Germania i combattenti si animassero con l'etere per l'assalto.

Ma ciò a cui nessuno ch'io sappia ha richiamato palesemente l'attenzione, è alla speciale vastissima categoria di tossicomani reclutata fra i feriti e i mutilati che ricorrevano alla cocaina e alla morfina e all'eroina per trarre oblio alle loro pene; e che hanno continuato poi, chiuse le sacre piaghe, nella china fatale.

Costretta a passare di operazione in operazione, trascinandosi da un asilo all'altro per riparare allo scempio delle lor membra dolenti, gran parte di tali valorosi infelici ha ricorso alla siringa o alla presa che li sollevasse dalle loro miserie immediate. Io stesso ho visto od ho saputo per confessione delle vittime, che in numerosi ospedali territoriali (cito, per esempio, Genova, Roma, Bologna, ecc.) ove erano concentrati i *grands blessés*, avvenivano scene di riunioni clandestine in grande stile, in cui i degenti si passavano l'un l'altro la siringa della morfina o la scatola della cocaina accompagnata da generosa distribuzione di vino e di liquori, a cui seguiva euforia, stordimento, e sonno.

Le cause di questa vera e propria epidemia nosocomiale, di cui per ragioni ovvie si è sempre evitato di parlare, appaiono di vario ordine.

Primieramente le commozioni fisiche e le scosse morali sogliono diminuire la personalità, indebolire il senso critico rendendo l'individuo suggestionabile, producendo così una vera impotenza a reagire al contagio del vizio.

In pieno periodo bellico, isolati dall'umanità, predominando il senso del presente instabile e non urgendo l'avvenire, ci si sottometteva supinamente al destino. Nel dopoguerra poi, l'indifferenza o il dileggio da parte degli scampati, lo spettacolo della folla miope e gaudente, spronava vieppiù a cercare una fonte di oblio.

Molti dei feriti erano dei veri eroi. Ora appunto sappiamo che tra essi scarseggiano i temperamenti pacati e meditativi, mentre abbondano gli instabili, gli entusiasti passionali, gli inclini alle avventure e alle chimere, e quindi disposti anche alle attrazioni dei veleni. Inoltre in gente che tutto aveva offerto alla Patria, si manifestava quasi per reazione un egoismo attivo, con tendenza a sottrarsi ad ulteriori sacrifici e sofferenze.

Questa folla già anormale per condizioni, lasciata spesso più per necessità di cose che per colpa senza sufficiente controllo, è divenuta presto devolta alle droghe — che venivano sottratte agli ambulatori e ai depositi degli stessi spedali, o prese in certe farmacie con ricette false, o trovate nascostamente da certi incettatori.

I medici non sapevano, o fingevano di non sapere per quieto vivere, o provvedevano traslocando i malati in altri ospedali ove non solo continuavano la trista abitudine, ma la diffondevano vieppiù. In Austria il fenomeno era anche maggiormente esteso. Quasi tutti gli invalidi rimpatriati di là, son tornati morfinomani o cocainomani per l'estrema facilità di procurarsi queste sostanze, giungendo le cose al punto da averle offerte *gratis* dagli stessi infermieri.

Anche oggi, dopo tre anni dalla guerra, sopravvivono molti di tali infelici in eterna lotta con sè stessi e con la morte: e costituiscono la categoria più compassionevole dei tossicomani.

***

Per quanto la morfinomania e la cocainomania sia nell'opinione pubblica considerata meno ignobile dell'alcoolismo e raccolga vittime meno frequenti e volgari, presenta tuttavia conseguenze così drammatiche che un'opera di vigilanza sociale si impone allo scopo di soccorrere i singoli malati e di limitare il diffondersi del male.

Come di fatto contare su persone di cui ogni attività è sospesa alla siringa o alla tabacchiera? Quale responsabilità si assume confidando la sicurezza di un posto, la vita di un malato, la guida di un treno o di una nave a soggetti che giornalmente e quasi ad ogni ora sono schiavi della loro impulsione?

Il codice austriaco, considerando che il solo fatto di usare tossici inebrianti costituisce un vizio mentale, dà facoltà di mettere sotto tutela e di interdire gli intossicati. Nel nostro bel paese, per interdire un individuo occorre che egli abbia prima condotto alla rovina sè stesso, la famiglia, che abbia commesso qualche clamoroso scandalo o qualche bel delitto.

In attesa che venga il giorno in cui il controllo della validità mentale sia ritenuto per lo meno altrettanto necessario che quello della validità corporea, occorre per ora scoprire e seguire i morfinisti e i cocainisti.

Si vedrà che la maggior parte, anche pregata, rifiuta di curarsi, tristamente soddisfatta

di una passiva obbedienza al tiranno. A volte taluni riescono con sovrumano sforzo a imporsi di smettere; e giungono a prezzo di torture indicibili di stare qualche giorno con dosi minime: ma il loro desiderio represso li porta poi a soccombere a un tratto e a prenderne una tale quantità in un sol tempo, da restarne talora uccisi. Altri entra spontaneamente in case di salute a regime libero, ove per inesperienza o debolezza dei medici, o per la corruttibilità degli infermieri, pur sopprimendo le dosi, non si possono disintossicare: e riescono, per ricadere nel vizio sino alla gola.

Quando si pensi che la tossicomania conduce a poco a poco alla decadenza organica, alla tubercolosi, alla follia, al crimine, bisogna chiedere al magistrato di colpire senza pietà tutti i trafficanti, e la complice ignoranza di certi flebotomi, e l'avidità di lucro di certi speziali. Ma bisogna pure, e secondo me prima d'ogni altra cosa, smascherare e sorvegliare gli intossicati, penetrando in certi ambienti che per ora sfuggono alla sagacia dell'osservazione pubblica e al fiuto della polizia.

Il morfinomane, l'oppiomane, il cocainomane, l'eteromane, è (o è in via di diventare) un degenerato o un pazzo. Basta figgersi bene in mente questa verità perchè si senta il dovere di esercitare su di esso una pietosa tutela, un doveroso isolamento, e si comprenda la necessità di curarlo con amore e con fermezza.

C'è chi si è chiesto, in omaggio a vecchie teorie razionalistiche e nietzchiane, se non sia preferibile lasciar correre per avere così una sorta di autoselezione che toglierebbe di mezzo individui minorati, tutto a vantaggio della specie.

Ma bisogna considerare che i tossicomani sono suscettibili di poter guarire. I neuropatologi che hanno dedicato anni di studio a queste forme morbose conoscono i mezzi fisici e psicoterapici per operare ciò che a molti pare un miracolo.

Poi il modo adottato da questa gente di sopprimersi, è alquanto lungo, incomodo, dannoso a chi li circonda per il pericolo di contagio, e per doversi sopportare le stranezze, le persecuzioni e non di raro i delitti di persone che si mettono al di fuori di ogni legge morale.

Stabilito dunque, anche per dovere di umanità, il principio di intervenire e di curare, bisogna rammentare che si richiede un medico specialista e devoto, un ambiente rigorosamente chiuso, un personale addestrato e una vigilanza continua che permetta il divezzamento e l'eliminazione del veleno. Chi assume la funzione di assistere gli intossicati assume un incarico grave e una responsabilità non comune. Egli potrà apparire non solo all'ostilità patologica del malato ma agli occhi pietosi della famiglia, come un essere rigido e crudele.

Tuttavia soltanto a patto di un metodo rigoroso e inflessibile e di una abnegazione continua, si riescirà a salvare povere creature condannate, a ricondurre la luce e la gioia della vita in esseri che precipitavano irremissibilmente verso il decadimento e lo sfacelo.

***

Che cosa si è fatto sinora contro il traffico e la diffusione dei veleni?

Il trattato di Versaglia e l'assemblea della Società delle Nazioni hanno pensato con matura sapienza non solo a prevenire con certezza ogni futura guerra, ma a provvedere per reprimere i vizi che possono mettere in pericolo la salute dei popoli.

L'articolo 295 del Trattato unisce quattordici Potenze in uno speciale protocollo per la lotta contro l'oppio e i suoi derivati. Ma basta considerare che nel 1920 la sola Inghilterra ha esportato circa novantamila chilogrammi di morfina, e che la coltivazione del papavero è stata ripresa in tutta la China e va estendendosi all'India ove prima non si faceva per scrupoli religiosi — per vedere a che cosa valgano i provvedimenti escogitati.

Tempo fa, il più grande quotidiano d'Italia parlava di *severe condanne* contro i venditori di cocaina. La condanna nientemeno era questa: la pretura di Milano aveva pronunciato una sentenza che stabiliva per vendita abusiva, la pena pecuniaria di L. 500 (cinquecento) e la detenzione per mesi 6 (sei). Un farmacista era stato sospeso per un mese dall'esercizio professionale. Inoltre degli imputati, erano stati rinchiusi soltanto quelli che avevano fatto il contrabbando della droga, con palese danno dell'erario — mentre coloro che l'avevano venduta e consumata, erano lasciati a piede libero.

Sei mesi di carcere. Il tempo per riposare dalle onorevoli fatiche e meditare ulteriori affari. Cinquecento lire di multa contro una attività di migliaia di lire al mese. Il conto torna. E coraggio!

Penso se veramente non abbia ragione il Colucci, che si debba cioè imputare il provveditore clandestino di cocaina di omicidio o di mancato omicidio, come un avvelenatore volgare.

Ora, da circa un anno, in seguito ai noti scandali di Bologna, Milano, Roma, ecc. (lo *scandalo* è una istituzione necessaria, squisitamente latina) è imbastita una legge, la quale, buona forse fondamentalmente, ha come tutte

le leggi nostre, la caratteristica di essere troppo clemente e troppo facilmente eludibile. Eppoi da noi, mentre in ogni marmocchio cosciente ed evoluto è facile trovare la stoffa del legislatore, è assai raro avere chi la legge sappia e voglia applicare.

Il progetto che attende senza fretta il varo, appare confezionato sul modello della legge francese del luglio 1916 « sulla importazione, il commercio, la detenzione, l'uso di sostanze velenose, specialmente oppio, morfina, cocaina ».

Ma mentre questa prescrive l'ammenda da mille a diecimila franchi e la reclusione da tre mesi a due anni per chi contravvenga, da noi naturalmente ci si limita a multe da mille a quattromila lire e a reclusione da due a sei mesi: pene che per recidiva sono aumentate di un terzo, mentre in Francia vengono raddoppiate.

Comunque la legge è fatta: e benchè assai criticabile, avrà tuttavia qualche benefica influenza, per lo meno morale.

Ma se si voglia giudicare da quanto è accaduto in Francia dopo il 1916, non è permesso di essere ottimisti. Le avventure a base di droghe inebrianti sono là quasi tanto frequenti come per il passato: cosa che dipende non solo dalla clemenza dei giudici ad applicare le pene, quanto dalla difficoltà di afferrare lo smerciatore clandestino che può nascondere le polveri preziose con i più sottili accorgimenti.

A titolo di informazione aggiungerò un episodio istruttivo. Il celebre alienista francese a cui accenna il Sabatucci, proprietario di una casa di salute e propugnatore d'un suo metodo rapido e sicuro per la disintossicazione, si è ucciso non molto tempo fa. Poichè aveva saputo che la sua signora teneva nascostamente una *fumèrie d'opium* ove spacciava anche morfina, cocaina ed altre sostanze. Forse per il piacere di procurare in tal modo nuovi clienti al marito.

***

Si dovrà restare dunque inerti di fronte a istinti così radicati?

L'arma della legge (almeno sinchè le leggi le faranno gli avvocati) potrà servire poco per la repressione, meno ancora per la prevenzione. Eppoi a patto di pene d'una qualche efficacia; di agenti che sappiano colpire entrando nei luoghi più reconditi alti e bassi e non si limitino a sopraluoghi condotti con grande scalpore per trovare soltanto un poco di polvere di cipria in fondo a un barattolo di *toilette;* e della facoltà di rinchiudere immediatamente gli intossicati, senza attendere che dieno segni imponenti di turbamento mentale.

Ma se giova reprimere per il vantaggio dell'individuo, il prevenire mostrasi di maggiore efficacia verso la specie. Contro coloro che per vizio, per *snob*, per imitazione iniziano l'uso del fiuto, l'arma del ridicolo e dello schifo. E sopratutto una educazione igienica profilattica che nessuno si cura di fare, nè lo stato (se non sbaglio, il Ministro dell'istruzione non è un medico?), nè i collegi, e tanto meno le famiglie.

I medici che avvicinano le vittime debbono proporsi inoltre un compito non meno arduo di quello della cura, e forse più vasto, di fronte alla società: propagare cioè la conoscenza esatta del male in tutte le sue forme e le sue tragiche conseguenze, onde possa crearsi una coscienza igienica che valga non solo a contribuire al salvataggio degli smarriti, ma premunire la società stessa.

Se dopotutto nessuno di questi rimedi si mostrerà compiutamente valido, dovremo considerarci impotenti a limitare una tendenza che appare come un tragico destino dell'umanità: la quale vuole piuttosto morire con gioia che vivere soffrendo, illudersi di conquistare il paradiso sulla terra che prepararsi a riceverlo nei cieli.

Per ciò forse i predicatori e gli igienisti, tutti coloro che offrono di prolungare la vita a base di saggezza di moralità e di rinuncia, non fanno fortuna.

Bologna, giugno 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

Craniotomia universale.

(ZORRAQUIN G. *Journ. de Chirurgie*, aprile 1922).

Il processo della craniotomia universale ideato dall'A. si informa a 4 concetti: clinico, chirurgico, anatomico e operatorio.

Dal punto di vista clinico l'A. osserva che nella volta cranica la parte meno resistente alla presione eccentrica corrisponde al grande raggio di sviluppo e cade a livello del bregma, perciò questa parte subisce in natura il maggior effetto distruttivo.

Difatti in caso d'ipertensione endocranica la maggior deiscenza si ha nella sutura coronaria, in caso di tumori o altra causa la perforazione cranica si verifica prevalentemente a livello della regione bregmatica.

In questi casi la natura fa la sua craniotomia spontanea sopra le zone più sensibili e più attive del cervello a scopo protettivo e perciò l'A. ha localizzato la sua craniotomia a detto livello.

Dal punto di vista chirurgico la migliore craniotomia è quella che permette la più ampia esplorazione diretta e indiretta delle zone più attive del cervello e della corrispondente dura madre. Queste zone nei due emisferi sono formate dalle circonvoluzioni frontale e parietale ascendente, dalle altre parietali, dalla I temparole e dalla base della I occipitale.

Questa zona corrisponde alla zona scollabile di Marchant che ha la forma d'un ferro di cavallo coi seguenti limiti esteriori:

Il limite anteriore, apertura del ferro di cavallo, corrisponde al bregma e sutura coronaria fino a livello e 1 cm. avanti dal punto rolandico inferiore, cioè corrisponde al piano prearticolare di Kroenlein fino a 7-8 cm. sopra il zigomo.

Il limite inferiore, che forma la parte circolare del ferro di cavallo, passa per i 2 punti rolandoci inferiori e un terzo punto che trovasi 3 cm. avanti il lembo ovvero al punto medio della linea bregma iniana, ovvero un po' indietro dell'incontro del prolungamento della linea della fissura silviana col piano mediano.

Questi stessi limiti ha la craniotomia dell'A.

Dal punto di vista anatomico l'A. nota che questa zona di craniotomia corrisponde alla lamina della vertebra sfeno-parietale che nell'uomo ha preso un grande sviluppo parallelamente preso dalla sottostante attiva zona cerebrale.

A questa zona corrisponde un epicranio in cui può considerarsi come un peduncolo vascolare anteriore costituito da 3 paia di arterie: le frontali e le sopraorbitarie provenienti per la oftalmica dalla carotide interna, e le temporo frontali provenienti per la temporale superficiale dalla carotide esterna.

Questo peduncolo va rispettato nello scolpire il lembo a base anteriore ed esso dà luogo ad una circolazione eccessiva per cui conviene praticare una sutura emostatica alla Heindenhain sui bordi della futura incisione.

Dal punto di vista operatorio l'A. consiglia di eseguire il taglio osseo a ferro di cavallo mediante forami di trapanazione, che permettano di passare sotto l'asse delle sonde elastiche con cui si scolli la dura madre e il seno longitudinale senza lederlo; di completare poi il taglio con sega circolare.

Circa le eventuali conseguenze della lesione del seno longitudinale osserva che bisogna cercare di risparmiarlo, se eventualmente si ferisse si allaccia e l'allacciatura è senza conseguenze.

Si ha invece costante emorragia per rottura delle vene emissarie nel sollevare il lembo osseo, ma questo si frena allacciando con fili mantesi.

Nota poi che a livello di questa zona la dura non è aderente tranne che nella prima infanzia, ma anche in questa età, nei cadaveri, l'A. è riuscito a scollare il seno.

Il lembo osseo ha un luogo di frattura spontanea a livello della sutura coronaria; se però nel sollevarlo opponesse qualche resistenza, basta aggiungere a questo livello qualche trapanazione verso la linea mediana spostando in dentro il peduncolo.

Anzi è bene sollevare le parti mollive del peduncolo tunnel in questo punto per favorire il movimento a cerniera della conchiglia ossea.

Dà come dettaglio di buona tecnica:

Migliorare le condizioni di coagulabilità del sengue del p.

Disegnare prima il lembo sia per limitare l'anestesia nella zona voluta, sia per eseguire la previa doppia sutura emostatica sui bordi dell'incisione.

Mettere l'infermo supino con testa sollevata, tronco orizzontale e arti inferiori sollevati.

Adoperare trapano e sega circolare elettrica limitando l'approfondamento di questa con zone d'aralagna a estremità arrotondite passate sotto l'osso e che la fanno da sonde elastiche.

Con questo processo a livello della regione bregmatica si viene ad ottenere una grande

fontanella artificiale che permette l'esplorazione più completa della zona più attiva del cervello e la decompressione massima e più naturale. Senza pericolo per la vita dell'infermo e dell'integrità del cervello.

L'A. osserva che tipi di craniotomia alquanto simile a quella da lui ideata si trovano in cranii antichi. Difatti in cranii dell'età della pietra si trova la parietale paramediana, in cranii dell'età del bronzo, la parietale retrobregmatica, nel cranio del Peron la parietale anteriore. Broca credeva che queste craniotomie fossero una pratica religiosa, ma secondo Jacob pare si tratti invece di vere trapanazioni chirurgiche le quali si praticavano là dove esisteva il dolore.

Fra i moderni prendono il metodo dell'A.: la craniotomia circolare biparietale di Wyeth, la craniotomia circolare biparietale con incisione mediana di Dumont — cruciale biparietale di Wyeth — la biparietale laterale di Duret — la frontale di Duret.

Infine l'A. conclude che tutte le craniotomie a indicazione generale di decompressione o d'esplorazione devono essere mediane e bregmatiche come sono le spontanee in patologia cerebrale quando il morbo dura da tempo.

GUSSIO.

MEDICINA.

L'origine della polmonite e la polmonite sperimentale.

La questione della polmonite franca è ancora molto discussa. Per molto tempo tale affezione fu considerata come il tipo di malattia locale e fu ammessa la sua origine aerea; il pneumococco, sia proveniente da un pneumonico, sia da un portatore, sia, esaltato da cause speciali, dal cavo buccofaringeo del soggetto stesso discende lungo la trachea, i bronchi all'alveolo ove determina una speciale infiammazione.

In appoggio di ciò si poteva invocare la disposizione declive dell'albero bronchiale, la sua comunicazione permanente con la bocca e il faringe, le frequenti alterazioni infiammatorie del laringe e della trachea diminuenti i mezzi di difesa contro i batterii, lo scoppio brutale dei sintomi toracici.

In tempi recenti all'origine aerea della polmonite si oppose la teoria dell'origine ematica sia per le dimostrazioni date dalle emoculture che dagli esperimenti sugli animali.

Joltrain riunendo argomenti di ordine vario cercò di provare che nella polmonite la malattia principale è l'invasione nel sangue del pneumococco e che l'epatizzazione polmonare non è che una localizzazione secondaria dell'infezione ematica; la polmonite diviene così la semplice localizzazione polmonare di una malattia generale, la pneumococcia, infezione generale da pneumococchi, che in ogni caso la precederebbe sia che i sintomi di questa batteriemia siano manifesti o no.

P. Marie esamina nella *Presse Médicale* (n. 6, 1921) i diversi argomenti invocati dai seguaci della via ematica e discute il loro valore.

Gli argomenti clinici non hanno tutti lo stesso valore: in un primo gruppo di fatti, la presenza del pneumococco nel sangue è stata constatata prima di ogni manifestazione polmonare: si trattava di malati con sintomi di setticemia a tipo febbre tifoide, o con sintomi infettivi imprecisi, o con localizzazione iniziale extrapulmonare di natura pneumococcica (artropatia, miosite, colecistite, peritonite, endocardite) e che ulteriormente ebbero una classica polmonite.

D'altra parte la polmonite del feto, rara, è evidentemente di origine ematica.

Di fronte a questi casi in cui l'origine ematogena è verosimile, ma che però sono eccezionali, vi sono i numerosi casi nei quali la polmonite sopravviene, in apparenza, primitivamente.

Secondo i sostenitori dell'origine ematica vi sarebbe tutta una serie di casi di transizione fra le batteriemie nette e i casi di comune osservazione, rappresentati dai casi nei quali compaiono tardivamente i segni stetoscopici mentre da vari giorni esistevano i sintomi funzionali e generali di una polmonite (febbre elevata, brivido, dolore puntorio). I classici invocano in tali contingenze una *polmonite centrale*: questa per i partigiani dell'origine sanguigna sarebbe un mito. Per Lépine, Weil, Joltrain e Tripier, l'epatizzazione comincia sempre dalla corticalità pulmonare: l'assenza dei sintomi locali con l'esistenza di sintomi generali corrisponde alla fase di pneumococcemia iniziale prepneumonica.

Devesi riconoscere che l'interpretazione di tali fatti è suscettibile di varie e serie obiezioni. L. Cotoni afferma che, senza diminuire il valore dei fatti clinici osservati, ciascuno sa quanto sia imprudente concludere per l'assenza di segni stetoscopici di assenza di lesioni polmonari, potendo i primi restar frusti e difficili ad interpretare (così il timpanismo sottoclavicolare, la mancanza di dilatazione toracica, ecc.). Ma anche passando oltre a ciò, rimane il fatto che tali dimostrazioni sono rare di fronte ai numerosi casi nei quali i segni stetoscopici sono contemporanei ai segni gene-

rali. Alcune constatazioni stabiliscono la precocità delle alterazioni polmonari. Debove venti minuti dopo il brivido ritrovò all'ascoltazione numerosi rantoli fini.

Il pneumococco dunque è capace di pullulare nel polmone seguendo diverse vie: la via sanguigna eccezionalmente, abitualmente la via aerea. Una seconda serie di argomenti ci è fornita dalla *radiologia*.

Weill e Mouriquand hanno dimostrato che l'opacità caratteristica dell'epatizzazione polmonare non è svelabile che molti giorni dopo l'inizio dei segni funzionali dell'affezione: questo proverebbe la localizzazione secondaria della pneumococcemia nel polmone. Inoltre il fatto che nella polmonite l'ombra si manifesta prima sotto la forma di un triangolo a base ascellare, porta Weill e Mouriquand a respingere l'esistenza di una polmonite centrale o centrifuga.

L'importanza di queste constatazioni è stata però diminuita da osservazioni ulteriori degli stessi AA. i quali videro localizzazioni polmonari pneumoniche senza immagini radioscopiche loro attribuibili.

È difficile quindi sostenere che la comparsa tardiva dell'opacità è la dimostrazione della localizzazione secondaria della pneumococcemia nel polmone. Forse con ragione Voisin afferma che all'inizio della polmonite il focolaio lascia passare i raggi e che l'oscurità compare solo in date condizioni di espansione e di epatizzazione; a ciò aggiungiamo che Rieder nota esser l'ombra pneumonica iniziale, nell'adulto, centrale, poco estesa, spesso difficile a distinguere dalle ombre dell'ilo e dell'orecchietta destra: in seguito l'ombra si estende fino alla superficie del polmone, talora resta centrale, alle volte rapidamente giunge alla periferia. Osservazioni del genere fecero von Jacksch, Rothy, Harvey e Gelby, Paisseau, Iser-Salomon identiche constatazioni fecero nella polmonite influenzale, stabilendo che in tale affezione l'ombra inizia dall'ilo e guadagna in seguito la superficie.

Una terza serie di fatti ci è data dalla *batteriologia*. Joltrain in favore dell'origine ematica invoca i risultati dell'emocoltura spesso positiva pel pneumococco nel sangue dei pneumonici, sia durante la polmonite, sia eccezionalmente prima della comparsa dei sintomi polmonari.

Si può, con Cotoni, obiettare che questo fatto può invocarsi anche contro l'origine sangue circolante, onde Cotoni contesta la norme moltiplicazione dei germi nel polmone ha per conseguenza la loro disseminazione nel sangue circolante, onde Cotoni contesta la denominazione di setticemia impiegata da certi autori, bisogna distinguere la presenza più o meno accidentale dei germi nel sangue, dalla loro moltiplicazione; ora dunque all'infuori dei casi mortali, allorchè esistono pneumococchi nel sangue dei pneumonici, essi sono scarsi. Aggiungiamo che Baermann, facendo emoculture ripetute in due individui, presso uno dei quali scoppiò poco dopo una polmonite, non ha mai trovato il pneumococco nel sangue.

Per i *fatti d'indole anatomo-patologica* a Joltrain sembra imporante la presenza dei pneumococchi nei vasi arteriosi: d'altra parte la dottrina dell'invasione aerea male si accorda con l'integrità dell'albero tracheo-bronchiale e con la localizzazione dell'infezione ad alcuni lobi, localizzazione che meglio si accorda con la distribuzione anatomica dei vasi del polmone.

Riassumendo risulta che se in alcuni casi eccezionali la polmonite sembra avere un'origine sanguigna e non essere che la localizzazione tardiva nel polmone del pneumococco portato dal torrente circolatorio e forse proveniente da focolai di infezione più o meno latenti (amigdale, tessuto adenoide del faringe, forse intestino), nella maggior parte dei casi occorrenti nella pratica quotidiana la polmonite deve esser considerata come una malattia primitiva del polmone.

Negli ultimi tempi si è ricorso ad *argomenti di ordine sperimentale*, e questi sembrano venire in appoggio della teoria aerogena della polmonite.

All'unica esperienza positiva invocata da Joltrain in appoggio della teoria sanguigna (produzione di una polmonite lobare per inoculazione sottocutanea di un pneumococco virulento in un cane immunizzato con precedenti iniezioni dello stesso pneumococco) si possono opporre gli scacchi costanti degli autori i quali hanno tentato di adoperare la via sanguigna o sottocutanea per riprodurre la polmonite; viceversa a molti è riuscito riprodurla iniettando nella trachea di conigli immunizzati o no, culture di pneumococchi. Suggestive e molto dimostrative sono le esperienze di Blake e Cecil, fatte su scimmie delle specie «*Macacus syrichtus*» e «*Cebus capucinus*»: queste esperienze stabiliscono che è facile provocare in tali animali una polmonite lobare identica a quella dell'uomo, iniettando una infima quantità di cultura di pneumococchi direttamente in trachea.

La polmonite lobare sperimentale delle scimmie decorse con i segni clinici, dispnea, tosse,

febbre caratteristica, propri della polmonite dell'uomo: anche in essa, allorchè s'aveva la guarigione, verso il settimo o nono giorno s'aveva una crisi. Nella maggior parte dei casi il pneumococco fu isolato dal sangue nelle sei-ventiquattro ore seguenti alla iniezione in trachea: la lesione polmonare creata, il microbo invade rapidamente il torrente circolatorio mediante i linfatici efferenti del polmone.

All'autopsia si trovano le stesse lesioni macroscopiche e microscopiche umane, variabili secondo lo stadio nel quale l'animale è morto od è stato sacrificato.

Gli AA. hanno anche constatato che tre ore dopo l'inoculazione il parenchima polmonare vicino all'ilo, intorno ai grossi bronchi, era alterato, edematoso, invaso dai microbi, infiltrato di polinucleari: l'epitelio di questi bronchi alterato a chiazze e traversato da numerosi polinucleari e, nella parete, pneumococchi. L'agente patogeno dunque invade il tessuto polmonare vicino all'ilo oltrepassando la parete dei grossi bronchi.

Dall'ilo il germe invade il lobo intero, propagandosi dal centro alla periferia, giungendo presto alla corteccia in via centrifuga seguendo il tessuto interstiziale perivascolare e peribronchiale, poi il connettivo interlobulare, di qui negli alveoli mentre vi si spande l'essudato caratteristico. La polmonite è dunque originariamente una infezione interstiziale del polmone con partenza ilare e sviluppo eccentrico progressivo.

Di fronte a tali felici risultati sperimentali ottenuti con la via tracheale, occorre notare che agli AA. fallirono le iniezioni sottocutanee o intravenose di pneumococchi; le scimmie per la maggior parte morirono di setticemia senza alcuna localizzazione polmonare.

Si può concludere da questi esperimenti, per l'origine aerea della polmonite umana?

P. Marie dichiara che per quanto suggestivi siano i risultati, essi vanno accolti con riserva, dato anche che l'introduzione artificiale di cultura in piena trachea non è condizione comparabile a quelle della malattia naturale.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

SERGENT, RIBADEAU, DUMAS, BABONNEIX. *Traité de Pathologie médicale.* Tome 29 Thérapeutique. — A. Maloine et Fils, éd. Paris. Fr. 20.

La terapia fisica, se trova la sua indicazione particolare a proposito di ciascuna malattia, è però trascurata, per quel che riguarda i principi generali informativi, nei comuni trattati di patologia, sì che la cultura dei medici pratici e degli studenti, che nei trattati ha principale base di formazione, resta mancante in due parti fondamentali: la metodica e le nozioni precise sulle varie e complesse azioni dei mezzi di terapia fisica sull'organismo umano. Queste deficienze, davanti alle quali si trova scoraggiato il medico pratico, cerca di colmare l'attuale volume che fa parte di un trattato di patologia, dedicato al pratico. La crenoterapia (Linossier), la climoterapia (D'Oelsnitz), la talassoterapia (D'Oelsnitz), l'elioterapia (Venot e Pruvos), la termoterapia (Lortat-Jacob), l'educazione fisica e cinesiterapica (Desfosses), la fototerapia (Louste) sono i capitoli che compongono il volume cui precede una sintetica prefazione di Carnot.

Principi generali, metodica, indicazioni sono i punti fondamentali informatori dello svolgimento breve ma compendioso. *t. p.*

PERRIN ET RICHARD. *L'hypertension artérielle.* — J. B. Ballière. Paris. - Fr. 3.50.

Breve riassunto delle nozioni moderne di tecnica, di patogenesi, di sindromi cliniche, di diagnostica e di terapia, nel complesso capitolo della ipertensione arteriosa: riassunto chiaro, per quanto lo permette la difficoltà dell'argomento, dedicato al pratico, per il quale il volumetto di un centinaio di pagine è stato scritto. *t. p.*

V. IUSPA. *L'amebiasi.* — Tipografia P. I. A., Catania, 1921.

Conoscere l'amebiasi è per il medico italiano non più un lusso di cultura, ma una stretta necessità pratica: l'amebiasi esisteva, spessissimo misconosciuta, in Italia, prima della guerra; esiste in larga diffusione e, purtroppo non sempre ancora esattamente riconosciuta, anche più, dopo la guerra, che ha allargato e moltiplicato i casi sporadici, nella necessità di fusioni temporanee di popolazioni le più diverse. Se anche quindi il volume del Iuspa non avesse fatto altro che richiamare l'attenzione dei medici italiani sulla malattia, creduta tropicale, sarebbe già questo un vero titolo di merito. Ma il volume del Iuspa raccoglie in chiara ed esatta sintesi quanto di moderno si co-

nosce sulle varie localizzazioni dell'*amoeba hystolitica*, sulle forme cliniche, che la malattia può assumere, sulle nozioni diagnostiche e terapeutiche.

E mentre la letteratura straniera è diligentemente compulsata dall'A., non è trascurato il contributo italiano, che spesso è misconosciuto, in buona e qualche volta in mala fede, all'estero.

Sarebbe utile che il volume del Iuspa avesse quella diffusione che la cura e l'interesse dell'argomento meritano, tra gli studiosi e i medici pratici italiani. *t. p.*

L. TIMBAL. *Les Diarrhées chroniques.* — Masson, éd. Paris, 1922. Fr. 12.

Il sintoma diarrea è talora non esattamente valutato dal medico nella sua patogenesi e nel suo preciso significato: la diarrea cronica mette spesso in imbarazzo il pratico, che si dibatte nei confini di una terapia, spesso stilizzata, che ha di mira l'intestino anche quando la diarrea è sintomatica di affezioni di altri organi od apparati malati. La diarrea cronica è una sindrome a etiologia e patogenesi complessa: v'ha la diarrea dispeptica (gastrica, epatica, pancreatica, da fermentazione e da putrefazione), vi sono diarree d'origine cardiaca, diarree tossiche (come le renali), diarree infettive, parassitarie, specifiche, diarree d'origine nervosa e riflessa. Orientarsi in questa poligenesi può essere concesso a chi è padrone non solo dell'esame clinico del malato, ma a chi conosce tutte le indagini particolari che in tali casi spesso illuminano il campo. L'A. ha cercato di prospettare brevemente tutti questi problemi; il tentativo sarà di grande giovamento al pratico, se non per apprendere direttamente la risoluzione dei quesiti, per avere in mano la guida direttiva della sua condotta. *t. p.*

FRÖLICH A. e WASICHY R. *Taschenbuch der öconomischen und rationellen Rezeptus.* — Un Vol. in 24 di 200 pag. Urban e Schwarzenberg ed. Vicenza 1921. — Prezzo marchi 24.

Il rincarimento dei medicinali, specialmente per quelli provenienti dall'estero nei paesi a valuta deprezzata, rende necessaria una scelta fra le diverse medicine, in modo da evitare spese troppo elevate alla famiglia dell'ammalato.

Gli AA., nella compilazione di questo ricettario hanno appunto avuto di mira di scegliere, fra i diversi medicamenti consigliati, quelli che sono più economici e di dare anche opportuni consigli per l'estensione delle ricette; citiamo fra questi, la prescrizione razionale di usare l'*acqua fontis*, in luogo della distillata per la maggior parte delle medicine da prendersi per bocca, e l'uso dei nomi chimici, in luogo dei brevettati, certamente non è troppo comodo per il medico scrivere e soprattutto ricordarsi che il piramidone è *pyrazolonum dimethylaminoptenyldimethylicum*, ma il vantaggio economico per l'ammalato non è poco. *fil.*

J. GABRILOVITCH. *Le principe curateur contenu dans la Tuberculine.* — Masson, éd. Paris. - Fr. 5.

L'A. dice di avere risoluto l'importante problema della purificazione della tubercolina; egli è riuscito ad isolare il puro principio attivo, che ha denominato T. P. G. «dopo laboriose ricerche e con l'impiego di reattivi appropriati (xilolo, etere, cloroformio, liscivia di soda, acqua ossigenata».

Questi gli unici dettagli di preparazione; invano nel libro si ricercherebbero ulteriori particolari. Secondo l'A., le *reazioni specifiche ed effetti curativi* sarebbero di gran lunga migliori con la tubercolina T. P. G. Auguriamoci che i fatti siano veri; ma auguriamoci pure che l'A. si decida a divulgare il modo di preparazione, in maniera che il controllo possa essere facile: il segreto in tale materia non è la raccomandazione più utile! *t. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medica Chirurgica di Bologna.

Adunanze del 10 febbraio e 3 marzo 1922.

Presidenza: Prof. G. DAGNINI.

Gli spostamenti dell'apice del cuore nelle modificazioni patologiche di volume dei due ventricoli. Argomentazioni antiche, esperimento nuovo.

G. G. PALMIERI. — I modelli di cuore, ottenuti con la tecnica radioplastica ideati dall'O., recano una nuova prova della verità di quanto il Murri faceva rilevare nel 1887 a proposito «Di alcune anomalie dell'impulso cardiaco»; e cioè: che nell'ingrandimento del cuor destro la punta è spostata, oltre che in fuori, in alto e all'indietro, e negli ingrandimenti del cuore sinistro la punta è spostata all'innanzi. Riprendendo dalla citata memoria del Murri l'argomento della diagnosi differenziale di sinfisi pericardica, l'O. fa la critica di alcuni dei pretesi segni di questa affezione, soffermandosi più a lungo su quelli radiologici, ed indica alcuni artifici acconci ad illuminare il valore semiologico reale dei detti segni.

Contributo allo studio di alcuni reattivi del sangue.

A. CONTI. — L'O. ha eseguito ricerche comparative fra le comuni reazioni catalittiche alla fenolftaleina ed alla benzidina, e metodi analoghi con

reattivi costituiti da leucobasi di alcuni coloranti della serie dell'aminotrifenilmetano (fucsina, violetto dahlia, violetto di genziana, violetto di metile, verde malachite). Conclude che questi reattivi non sono affatto preferibili a quelli dei due comuni metodi catalitici sopraddetti, i quali sono più semplici e con limite di sensibilità notevolmente più elevato.

Sopra un caso di encefalomielite disseminata.

A. CONTI. — L'importanza clinica del caso risulta dalle difficoltà diagnostiche create dall'aspetto proteiforme ed atipico del quadro sintomatico, che imponeva un diagnostico differenziale con numerose altre forme, clinicamente simili per alcuni rapporti, sul quale appunto s'intrattiene.

Contributo allo studio del linfogranuloma maligno.

P. BRUSA. — Fra i molteplici casi osservati dall'O., uno merita particolare menzione, perchè mentre le prove biologiche parlavano contro la lue e la tubercolosi, l'esame istologico di preparati di gangli e della milza (estratti con la biopsia e rispettivamente con la necroscopia), oltre a dimostrare il tipico reperto del linfogranuloma di Sternberg, ha fatto vedere al prof. Francioni ed all'O. speciali formazioni extra ed intra-cellulari, talora numerosissime, rotondeggianti od ovali, del diametro da 2 a 5 micron. Furono notate anche forme riferibili con probabilità a cisti. Per giudizio espresso anche dal prof. G. Franchini (dell'Istituto Pasteur) trattasi con probabilità di parassiti, forse di natura protozoaria. Il non aver potuto sorprendere un ciclo vitale non permette di tentare una classificazione. L'O. pensa che, in assenza di altri momenti etiologici dimostrati, a tale referto debba attribuirsi una importanza superiore a quella di un semplice fatto accidentale.

Osservazioni cliniche e radiologiche sopra un caso di aneurisma dell'arco aortico.

DAGNINI e BUSI. — Si tratta di un uomo di 36 anni, con precedenti di lue e con sintomi di stenosi lieve della trachea, intensa del bronco sinistro. Per questi fatti, per il decorso della malattia e per la mançanza di altri segni che denotassero diffusione del processo morboso a sedi menò prossime al bronco, gli OO. sospettarono un aneurisma di non grande volume della porzione orizzontale dell'arco.

L'esame radioscopico dimostrò che ad ogni profonda e rapida ispirazione l'ombra cardiaca era bruscamente lanciata a sinistra per parecchi cm., confermando così il giudizio di stenosi bronchiale. Dimostrò inoltre, in corrispondenza della porzione orizzontale dell'arco aortico, un'ombra che spostava leggermente a destra la trachea e più intensamente l'esofago determinandovi un'incurvatura a concavità interna e una dilatazione nel tratto soprastante.

Questo reperto confermava la diagnosi di aneurisma in quanto che lo spostamento a destra e l'incurvatura del tubo esofageo corrispondono appunto alla posizione ed alla forma che, per una dilatazione del tratto orizzontale dell'arco, il tubo stesso deve assumere.

Riguardo alla forma rotondeggiante dell'ombra accennata, essa può riscontrarsi com'è noto, oltre che negli aneurismi anche nelle formazioni cistiche; ma contro quest'ultima ipotesi gli OO. obbiettano che una formazione cistica non molto voluminosa, qual'è l'ombra nel caso attuale, avrebbe avuto tendenza ad espandersi verso tessuti meno resistenti di quel che non sia la parete del grosso bronco e molto difficilmente avrebbe prodotto una stenosi di grado così intenso.

G. PERNA. — *Sopra un'anomalia dell'osso dell'anca e sulla presenza di sesamoidi nei tendini di origine del m. rectus femoris nell'uomo.*

Di un nucleo osseo paracotiloideo.

S. VACCHELLI. — L'O. illustra con radiografie la interessante questione dell'interpretazione di ombre radiografiche paracotiloidee; ritiene che *l'os cotiloideum radiologico* per il suo polimorfismo rende incerto un giudizio sulla sua natura. La presenza di un sesamoide nel setto anteriore, capace di dar luogo ad ombra paracotiloidea (come nei casi presentati dal Perna) prova che tale ombra possa coesistere con un'anca del tutto normale. Ciò contraddice all'opinione del Ruhle, per cui *l'os cotiloideum radiografico* sarebbe sempre di natura patologica, esponente del rachitismo tardivo o dell'osteomalacia e sarebbe da riguardarsi come infrazione spontanea del tetto cotiloideo.

G. M. PICCININI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche in Milano.

Seduta ordinaria del 7 aprile 1922.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

I sali di bismuto nella cura della sifilide.

Prof. A. PASINI. — L'O. ha usato il *tartrobismutato di potassio e di sodio* (Trepol) tanto in sospensione oleosa che in soluzione acquosa, in 22 sifilitici che si trovavano in diverso periodo della infezione (alla dose di 20-30 ctgr. ogni due-tre giorni per il bismuto in sospensione e dieci-dodici iniezioni per periodo: alla dose di 10 ctgr. ogni giorno per il bismuto in soluzione e 20 iniezioni per periodo) ed ha osservato:

Azione manifesta distruttiva verso la spirocheta, che scompare dalle manifestazioni cutanee e mucose dopo la prima o la seconda iniezione.

Cicatrizzazione sollecita, in superficie, dei sifilomi erosi od ulcerati, ma persistenza lunga del loro infiltrato.

Riparazione epidermica molto rapida delle placche mucose e delle papule umide, anche di quelle vegetanti, ipertrofico-erosive genitali e perianali.

Lunga persistenza invece, e quasi indifferenza, delle manifestazioni papulose e degli infiltrati del periodo secondario, e sopratutto degli esantemi papulosi secchi lenticolari.

Riassorbimento sollecito degli infiltrati e conseguente rapida cicatrizzazione delle manifestazioni gommose chiuse od ulcerate del periodo terziario.

Influenza molto scarsa verso le adenopatie specifiche.

Reazione Wassermann persistentemente positiva, anche dopo otto-dieci iniezioni di Trepol.

Inconvenienti solo qualche stomatite iniziale alla cura, che scema e scompare abbastanza rapidamente, anche continuando nella cura stessa. Orletto nerastro al bordo gengivale, da deposito di bismuto. Nessun fatto di risentimento tossico generale viscerale.

Eliminazione del bismuto già molto manifesta dopo quattro sole ore dalla prima iniezione, e persistente ancora dopo 10 giorni dalla cessazione di un periodo di cura di dieci iniezioni di Trepol.

Localmente le iniezioni sono in genere tollerate.

Dal complesso delle osservazioni — ancora troppo scarse per trarne deduzioni sicure — si può oggi asserire, che il tartrobismutato di potassio e di sodio ha manifesta azione specifica contro la sifilide. Essa risulta superiore a quella dei sali di mercurio per ciò che riguarda l'azione distruttiva verso la spirocheta pallida: inferiore per ciò che riflette l'azione risolvente verso gli infiltrati specifici del periodo primario e secondario. L'azione dei sali di bismuto finora sperimentati risulta, ad ogni modo, meno attiva, sia contro il parassita che verso gli infiltrati specifici, al confronto di quella degli arsenobenzoli.

Sulla diagnosi delle cisti retroperitoneali.

Prof. A. MAIOCCHI. — Il relatore prende occasione da un caso a lui occorso e da lui felicemente operato e guarito per richiamare l'attenzione dei colleghi sulle difficoltà che possono intralciare la diagnosi delle cisti retroperitoneali. L'autore intende parlare delle cisti del connettivo retroperitoneale; perciò restano escluse le cisti renali o pararenali, le cisti del pancreas, ecc.

Tali cisti possono essere di natura parassitaria (echinococco), o linfatica, sanguigna o, finalmente, cisti embrionarie derivando dai corpi di Wolf o dai canali di Müller o da introflessione di porzioni dell'ectoderma primitivo. Nel caso occorso all'O. si trattava appunto di una cisti dermoide semplice (da introflessione dell'ectoderma): il tumore rimase lungo tempo silente, e si appalesò solo per l'aumento della temperatura. L'O. prende argomento dalla sindrome presentata dalla sua paziente per fare considerazioni di ordine generale sulla diagnosi differenziale di simili neoplasie.

Prof. B. ROSSI. — Presenta un caso di *ulcera della porzione inferiore dell'esofago e di ulcera prepilorica,* sul quale l'O. intervenne con divulsione strumentale dell'esofago previa gastrotomia e con gastroenteroanastomosi posteriore. L'ammalato guarì.

Un caso di proiettile metallico profondamente affondato nella massa encefalica.

A. TRUFFI. — Illustra il caso di un ferito di guerra ricoverato nell'« Istituto pro Feriti Cerebrali ».

Il proiettile, penetrato nella scatola cranica da una zona che corrisponde topograficamente alla parte posteriore della seconda circonvoluzione frontale destra, si è portato nel terzo ventricolo sopra lo sbocco dell'acquedotto di Silvio. Tale complessa lesione ha lasciato come residuo solo irido-plegia bilaterale completa, paralisi dei globi oculari nei movimenti verso l'alto, paralisi della convergenza con conseguente diplopia nella visione binoculare da vicino, oltre ad una quasi insignificante emiparesi sinistra.

Il paziente non mostrò mai disturbi psichici, nè aprassia non ostante la perforazione del corpo calloso, e neppure, almeno durante la sua permanenza all'Istituto, alterazione delle urine.

C. VALLARDI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 7 aprile 1922.

Presidente: BATTISTINI.

Azione dei saponi di segala sull'utero isolato.

CHIÒ. — I saponi e gli acidi grassi ottenuti dalla saponificazione del grasso di segala determinano notevole elevazione del tono dell'utero isolato precisamente come fanno i preparati ergotinici. Tale azione non è esclusivamente propria dei saponi del grasso di segala.

Rapporti fra lo stato dell'utero e l'azione della segala cornuta.

CHIÒ. — La sensibilità dell'utero isolato di cavia all'ergotina è una caratteristica legata più che allo stato di verginità dell'organo, all'età dell'animale.

I centri pregangliari del simpatico toraco-lombare.

TERNI. — Riferisce i risultati delle sue ricerche e presenta i preparati allestiti dall'embrione di pollo.

Sulla specificità delle reazioni tubercoliniche.

BASTAI. — Studiando comparativamente le reazioni locali alla tubercolina e alla malleina ha constatato un parallelismo completo fra le due reazioni, salvo che la tubercolina si dimostra molto più attiva della malleina a parità di dose.

Ricerche istologiche sulle reazioni locali d'ipersensibilità tubercolare specifica e aspecifica.

PIETRA. — Studiando istologicamente il materiale che è oggetto della precedente comunicazione giunge ad analoghe conclusioni.

P. SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Murmure presistolico senza stenosi mitralica.

Gli AA. (E. Irons, A. Jennings. *Journ. of A. M. A.*, 1° aprile 1922) ricordano che un murmure presistolico in crescendo si ode in circa la metà dei casi d'insufficienza aortica (rumore di Flint), qualche volta nella sinfisi pericardica, e in alcuni casi d'ipertrofia cardiaca con ipertensione. Queste condizioni importano un'ipertrofia del ventricolo sinistro, ma secondo Sewall anche cuori di grandezza normale, senza lesioni valvolari, possono dare un murmure presistolico. Ciò accade sopratutto nell'azione frequente ed energica del cuore che segue lo sforzo, di solito durante o dopo malattie infettive, e nell'astenia neurocircolatoria. È più frequente nei soldati e nelle donne. Per la diagnosi differenziale con la stenosi mitralica occorre un'accurata anamnesi ed esami fisici ripetuti.

Negl'ipertesi con cuore grande il rumore non si ode più se diminuisce l'ipertensione o l'ipertrofia cardiaca.

Gli AA. riportano quattro casi, venuti all'autopsia. Uno era forte fumatore e presentava una sindrome cardiaca da sforzo: morì per sopraggiunto morbillo con pleurite purulenta e sepsi. Un altro aveva sofferto pleurite circa un anno prima, e presentava pure una sindrome da sforzo: durante l'osservazione si produsse una pleurite sierofibrinosa e morì improvvisamente. Si trovarono ascessi cronici nei polmoni e bronchiettasie: cuore anatomicamente normale.

Il terzo era affetto da tubercolosi polmonare; alla punta si percepiva anche un fremito presistolico, e il secondo tono polmonare era rinforzato. Morì di tubercolosi miliare. Sulla faccia auricolare della grande valva della mitrale si trovarono due noduli, lontani però dal bordo libero.

Il quarto era una donna con cuore grande, ipertensione, edema generalizzato: si udiva un rumore presistolico ed uno sistolico più dolce. Le condizioni migliorarono rapidamente e il rumore presistolico scomparve. Morì improvvisamente: all'autopsia si trovò una sclerosi delle coronarie e dell'aorta, nefrite cronica, un vecchio infarto alla punta del cuore, ed esiti di una vecchia pericardite, senza aderenze.

DORIA.

Sui sintomi di lesione aortica.

F. Craig (*Am. Journ. of med. sc.*, maggio 1922) ha trovato lesioni aortiche nel 0.85 % di uomini ritenuti sani, e dediti a faticose occupazioni.

I sintomi clinici riscontrati furono: ottusità sul manubrio dello sterno, estesa al 2° e 3° spazio destro, talora con pulsazione visibile o palpabile; accentuazione del 2° tono aortico, che era spesso *clangoré* o a carattere timpanico, e talvolta accompagnato da urto diastolico palpabile; rumore sistolico sul focolaio aortico, talora accompagnato da fremito, che si trasmetteva qualche volta ai vasi del collo. Fu pure riscontrato lo spostamento della succlavia destra al disopra della clavicola, pulsazione al giugulo, abnorme spostabilità del battito cardiaco coi cambiamenti di posizione, sfregamenti pericardici ed altri segni di periaortite, nonchè, talvolta, la sindrome arteriosa del rigurgito aortico.

Tali segni parlano, secondo le varie sindromi nelle quali si raggruppano, per un allungamento, una dilatazione, una sclerosi, un'infiammazione dell'aorta: per la precoce diagnosi di aortite sono di maggiore importanza l'aumento dell'ottusità sternale e le modificazioni del secondo tono aortico. Però il rinforzo del 2° tono aortico generalmente manca se non v'è ipertensione.

La radioscopia ha generalmente confermato le vedute cliniche.

La R. W. in una discreta percentuale di casi fu negativa; però in questi casi vi era ipertensione, dovuta quasi sempre a nefrite cronica.

DORIA.

Per l'interpretazione dello sdoppiamento del primo tono.

Lo sdoppiamento del primo tono non ha di solito importanza patognomonica; esso si riscontra abbastanza di frequente. Lo sdoppiamento si percepisce specialmente bene alla fine dell'espirazione e al principio dell'inspirazione. Non si può attribuire lo sdoppiamento del tono alla differenza nell'attività dei due ventricoli, essendo l'intervallo di tempo tra le due contrazioni ventricolari (0.03-0.04 secondi) troppo breve per venire avvertito acusticamente. Neppure lo si può attribuire ad una differenza nel tempo di chiusura delle valvole. Sembra fondato il concetto di R. Gergel che lo sdoppiamento del primo tono non sia altro che l'associazione di un tono vasale al primo tono cardiaco.

(H. SACHS. *Med. Klinik*, n. 20, 1922).

POLLITZER.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulle cause dell' adenoidismo.

P. Brisotto (*Riforma medica*, 1° maggio 1922) definisce l'adenoidismo una sindrome in cui all'aumento di volume del tessuto adenoide del rinofaringe si associano disturbi secondari nella conformazione della faccia e del torace, lesioni propagate all'orecchio, sintomi riflessi a distanza.

Spesso si associa alla sordità familiare: in oltre la metà degli adenoidei vi è certa eredolue, in oltre un quinto vi è tubercolosi, e non è raro l'ipotiroidismo, nonchè la consanguineità o l'alcoolismo dei genitori.

Le statistiche di Marfan e Fournier in bambini sotto i tre anni, danno il 77 % di eredolue, che viene ammessa anche con R. W. negativa se il quadro clinico è indubbio.

Risulta all'A. che spesso di parecchi fratelli sono adenoidei solo quelli nati dopo l'infezione luetica dei genitori.

L'adenoidismo si associa frequentemente al rachitismo, e ciò fu notato da Parrot a sostegno delle sue vedute sulla natura eredoluetica della rachitide.

Il Sergent, senza negare i rapporti delle vegetazioni adenoidi con la sifilide, le considerava già come una manifestazione scrofolosa: l'A. pensa che la difficoltà respiratoria sia quella che favorisce lo stabilirsi dell'infezione tubercolare; in fatti in quasi tutti i pazienti le cui tonsille infettarono le cavie erano dimostrabili focolai di tubercolosi polmonare.

In alcuni casi di adenoidismo da causa ignota l'allattamento era stato assai deficiente, o vi erano state gravi malattie infantili.

L'A. conclude, in accordo con Gradenigo, che l'adenoidismo dipende in massima parte dalla costituzione, cioè dalla somma delle disposizioni ereditarie: sarebbe una reazione di difesa l'esaltazione dei poteri del sistema emopoietico. Le modificazioni del midollo osseo porterebbero alle alterazioni dello scheletro, in parte dipendenti anche dalla difficoltà respiratoria, le modificazioni del sistema linfatico porterebbero alle alterazioni degli organi linfoidi.

DORIA.

Sull' anginosi.

Il termine « anginosi » è stato proposto da Fein in sostituzione del termine « angina » affermando egli trattarsi in tutti i casi della manifestazione locale di un'infezione generale; la manifestazione locale non sarebbe mai limitata alle sole tonsille, ma colpirebbe contemporaneamente ed identicamente tutto il tessuto adenoideo del faringe; l'intensità dell'affezione sarebbe perciò direttamente proporzionale alla massa di tessuto adenoide presente. Le tonsille non rappresenterebbero la porta d'entrata dell'infezione. L'A. non ritiene che l'affezione colpisca contemporaneamente tutto il tessuto adenoideo del faringe, nè che la quantità di tale tessuto determini l'intensità della malattia (forme gravissime di angina in individui con tonsille rudimentali). Ritiene invece importante il concetto dell'infezione generale; tale concetto ha importanza pratica, significando l'inutilità delle cure locali (ove tutta la teoria di Fein venisse riconosciuta, anche della tonsillectomia) e l'opportunità di cure generali (proteinoterapia, immunoterapia).

(R. IMHOFER. *Med. Klinik.*, n. 17, 1922).

POLLITZER.

La corizza nell' infanzia e nella fanciullezza.

È talora difficile (J. H. Marcus. *Med. Record*, 18 marzo 1922) distinguere di primo acchito una rinite primaria dai prodomi del morbillo e dell'influenza. Quando la secrezione è unilaterale, purulenta e mista a sangue, si tratta di solito di un corpo estraneo. Una secrezione purulenta abbondante in neonato, può essere di natura gonococcica.

La difterite nasale primitiva nei bambini è piuttosto frequente, e dev'essere sospettata quando lo scolo nasale dura da oltre una settimana, o quando è emorragico e piuttosto abbondante, vi è febbre, e lo stato generale è compromesso. Comincia di solito come una violenta corizza, e spesso non sono visibili membrane nelle narici anteriormente; esse si trovano presso le coane. Dirime il dubbio la ricerca batteriologica.

Una rinite persistente può anche dipendere dalla lues.

Per la prognosi, tener conto delle possibili complicazioni otitiche e broncopolmonari. Gli atrepsici possono anche soccombere ad una rinite acuta con occlusione delle narici.

D.

La grande adenopatia tubercolare del mediastino nell'adulto.

Sappiamo della frequenza di tale adenopatia nel fanciullo: la tubercolosi qui, invaso il sistema linfatico, giunge ai gangli del mediastino; se vince queste barriere si hanno le manifestazioni cliniche generali della tubercolosi nel fanciullo. Il più spesso l'infezione resta localizzata in questi gangli con evoluzione silenziosa. È eccezionale perciò incontrare la forma così comune nei bambini, negli adulti.

Buffè e David credono opportuno renderne

noto un caso da essi studiato. (Journal des sciences méd. de Lille. 1922, n. 22).

Si trattava di un soggetto di 27 anni restato indenne da tubercolosi fino a 21 anni, epoca in cui trovandosi a servire nell'esercito, in seguito alle fatiche militari, contrae l'infezione che realizza il tipo della prima infezione quale si verifica nei bambini. L'invasione per parte del bacillo non è sufficientemente massiva per determinare una generalizzazione estesa e rapidamente mortale, come è stato possibile ai francesi constatare frequentemente nei senegalesi che durante la guerra prendevano contatto con la civilizzazione e la tubercolosi. La barriera locale non fu vinta ma si ebbero fenomeni di reazione locale molto accentuati. L'esame radioscopico infatti mostrò polmoni normali, ma nel mediastino posteriore, al di sotto del bronco destro, una massa voluminosa, fortemente opaca, a contorni ben delimitata, leggermente mobile con i movimenti respiratori, non ostacolante il passaggio degli alimenti nell'esofago. Evidentemente trattasi di una adenopatia: questo ganglio è di forma ovalare, ed all'ortodiagramma misura c. m. 4-5.

L'esame clinico non rivela alcun segno, all'infuori di un soffio paravertebrale destro, il cui massimo è a livello dell'ilo.

Dopo aver dimostrato la prognosi buona che si deve fare in tal caso, l'A. fa rimarcare l'importanza della radioscopia per evitare ogni errore, per esistenza o meno di una adenopatia mediastinale. MONTELEONE.

La toracoscopia mezzo ausiliario per la sezione galvanocaustica endopleurale di coltroni pleurici.

La guarigione del polmone trattato col pneumotorace è possibile soltanto se il collasso è completo. In alcune forme è necessario un intervento chirurgico per poter rendere completo il pneumotorace; tale intervento non si deve però usare se il collasso del polmone è impedito da aderenze coltroniformi o membranose; in questi casi riesce utile la sezione galvanocaustica. La sezione galvanocaustica è un procedimento innocuo, ciò che è confermato da ricerche anatomo-patologiche sui coltroni, ricerche che dimostrarono che nemmeno le aderenze grosse fino ad 1 cm. contengono vasi sanguigni di qualche entità nè tessuto polmonare. Gli strisci eseguiti dalla superficie e dalla sezione dei coltroni rimangono sterili. Ricerche sperimentali dimostrarono all'A. che la resistenza della pleura verso gli stafilococchi aumenta in seguito a un pneumotorace di lunga durata ed in seguito a lievi ripetute infezioni della pleura. Ricerche sulla capacità di riassorbimento della pleura (fibrina, joduro, bleu di metilene, glucosio) non diedero alcun risultato utilizzabile. In due casi non riuscì all'A. la sezione galvanocaustica delle aderenze, in 4 casi la sezione riuscì incompleta (in 3 di questi buon risultato röntgenologico, in 1 anche buon risultato clinico) e in 4 casi röntgenologicamente e clinicamente i risultati furono ottimi. In molti casi l'A. osservò la comparsa di enfisema sottocutaneo, in 3 casi di un essudato sieroso.

La toracoscopia non avrebbe che scarso valore diagnostico.

(NUVERRICHK. *Ztschr. fùr Tuberkulose*, n. 4, 1922). POL.

IGIENE.

Le intossicazioni industriali da benzolo.

Sono stati recentemente segnalati a Milano 4 casi di morte e numerosi casi di malattia in operaie di una stessa fabbrica di bretelle e tessuti impermeabili: altri tre casi seguiti da morte in operaie di una fabbrica di gomma sono stati oggetto di uno studio di A. Genova (1). Altri casi sono segnalati in Francia (2) mentre Alice Hamilton (3) richiama l'attenzione sulla crescente minaccia dell'intossicazione da benzolo, agli Stati Uniti, dove è stata rilevata per la prima volta nel 1915-1916, con 14 casi di cui sette morti.

Questa intossicazione, era ben nota in Germania dove da tempo si faceva largo uso del benzolo; le cause per cui essa è entrata improvvisamente nella patologia professionale dei paesi non tedeschi sono da ricercarsi in due ordini di fatti. Anzitutto per la guerra il benzolo era necessario per la fabbricazione degli esplosivi; se ne è quindi aumentata la produzione, estraendolo dal gas illuminante, che ora viene costantemente debenzolato; cessata la grande richiesta di esplosivi il benzolo rimane un sottoprodotto dell'industria del gas. Frattanto la benzina (estratta dalla nafta) è cresciuta notevolmente di prezzo, ed il benzolo si è venuto sostituendo ad essa con vantaggi eco-

(1) A. GENOVA. *Sopra alcuni casi di grave anemia da intossicazione chimica a decorso progressivo.* Annali di Ostetricia e Ginecologia, 30 aprile 1922.

(2) CH. FLANDIN e S. ROBERT). *Purpura hémorragique mortel du à une intoxication professionelle par les vapeurs de benzol.* Soc. méd. des hôpitaux, 13 gennaio 1922.

(3) ALICE HAMILTON. *The growing menace of benzene (benzol) poisoning in american industry.* The Journal of the american medical association, 4 marzo 1922.

nomici e tecnici non indifferenti; esso viene usato nelle industrie della gomma, in quella delle scarpe, dei cappelli di paglia, degli automobili (verniciatura, riparazione di gomme), per la fabbricazione ed applicazione di vernici e del *fabricoide*, ed anche per motori a scoppio. Si comprende quindi che in seguito alla rapida diffusione dell'uso di tale sostanza, senza l'adozione di misure preventive, che del resto sono tutt'altro che agevoli, i casi di intossicazione si siano manifestati in numero abbastanza notevole.

L'intossicazione da benzolo può rivestire la forma acuta o cronica. Nella forma acuta, quale si osserva in individui che penetrano in serbatoi dove è stato il benzolo, si osservano effetti narcotici, che possono dare perdita di coscienza e abbastanza rapidamente la morte. L'intossicazione può anche verificarsi per quantità piccole, quali si trovano in serbatoi abbondantemente lavati ed arieggiati; in quantità di 15 mg. per litro d'aria produce dopo mezz'ora stanchezza e confusione mentale; con 20-30 mg. si ha dopo qualche ora perdita di coscienza.

L'avvelenamento cronico si manifesta particolarmente con fenomeni di grave anemia, che sul principio, quando il medico non pensa alla causa tossica, può passare inosservata. Si ha dapprima notevole prostrazione, talora brevi rialzi termici vespertini; anoressia, cefalea, talora vomito, vertigini, stato di ebbrezza; in seguito poi, macchie di porpora, epistassi, emorragie gengivali, genitali, talvolta febbre elevata, anemia grave. Caratteristiche sono le alterazioni del sangue, diminuzione delle emazie a 3,000,000, e nei casi gravi a 1,000,000 e fino a 640,000, di solito aniso- e microcitosi, diminuzione dei leucociti fino ad un migliaio ed anche meno (anche 480 per mmc.); la diminuzione riguarda specialmente i polinucleari, che possono arrivare anche al 2 % (2); diminuzione dell'emoglobina, che può arrivare all'8%; diminuzione e scomparsa delle piastrine. Si comprende che in tali condizioni sia impossibile la vita e si verifichi in breve tempo la morte con grave dispnea e con infrenabili emorragie. Il tempo necessario perchè si sviluppino i sintomi e si abbia la morte varia da qualche settimana a qualche mese.

I fenomeni sopra accennati sono determinati dal fatto che il benzolo è un potente leucotossico; esso distrugge le cellule parenchimali degli organi ematopoietici, attaccando specialmente il tessuto mieloide; gli elementi che maggiormente resistono sono i linfociti che, di fatto, si trovano in prevalenza all'esame del sangue. Il benzolo determina inoltre distruzione delle piastrine, e dei megacariociti da cui esse derivano distrugge anche le emazie adulte, prevenendo altresì la formazione di nuove.

PROFILASSI.

Tenuto conto delle quantità minime sufficienti per provocare l'intossicazione, la profilassi si presenta assai difficile, in qualcuno dei casi riportati, l'infrazione alle norme elementari di igiene industriale era evidente, come, p. e., in quelli di Flandin e Roberti, (2) in cui gli operai (4 uomini e 2 donne) lavoravano in un piccolo ambiente male aereato, chiamato camera calda per la temperatura che vi si manteneva, nel quale si svolgevano continuamente vapori di benzolo da larghi recipienti aperti. In altri casi, si è trovato il 5 % di benzolo nel'aria. L'applicazione di apparecchi aspiratori sarà indubbiamente utile, ma non sempre sufficiente, poichè spesso la superficie da cui si evapora il benzolo è talmente grande che non sarà nemmeno praticamente possibile l'aspirazione. Le buone condizioni di cubatura e di ventilazione saranno requisiti indispensabili, ma anch'esse non sempre sufficienti; occorre poi tener presente che il benzolo, oltre che per la via respiratoria può assorbirsi per via cutanea, per la quale i dispositivi accennati sono inefficaci. In qualche caso anche l'uso di maschere respiratorie (Draeger a tipo chiuso con circolazione di ossigeno) non è bastato ad impedire l'avvelenamento acuto di individui entrati in serbatoi già arieggiati; probabilmente il benzolo è stato inspirato per il naso, malamente chiuso dall'apposita pinza. Nè bisogna dimenticare che le maschere respiratorie sono fatte in gran parte con gomma su cui il benzolo esercita azione dissolvente.

Salvo le condizioni igieniche generali, la profilassi non può quindi essere che indiretta. Il benzolo, come in genere i veleni industriali, non esplica uguale azione su tutti gli individui: vi sono particolarmente suscettibili le donne ed i giovani, a cui si dovrebbe dunque proibire tale genere di lavoro. Gli individui addetti dovrebbero venire frequentemente sottoposti ad esame medico, con esame del sangue: ogni alterazione, e specialmente la diminuzione degli elementi corpuscolari e della emoglobina è da ritenersi indizio di intossicazione: ai primi segni di questa sarebbe da prescriversi il cambiamento di laboratorio; basta talvolta un breve soggiorno in campagna per rimettere l'individuo in salute.

Le industrie che usano il benzolo vanno dunque sorvegliate ed il medico deve tener pre-

sente questa causa di malattie a tipo di grave anemia, per potere risalire alla causa, e non riferire, come è stato fatto in qualche caso, i fenomeni ad intossicazione carbonica o ad oscure epidemie. A. FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo di neutralizzazione degli acidi nell'organismo per mezzo dell'ammoniaca.

Si ammette generalmente che la massima parte dell'urea, che rappresenta il prodotto finale del metabolismo azotato, riconosce la sua origine nell'ammoniaca. Questa, a sua volta, proviene dagli aminoacidi, che rappresentano le proteine nei processi di desintegrazione. Le quantità di ammoniaca, in forme di sali, che vengono eliminate normalmente con l'urina sono di solito piccole (g. 0.6 al giorno): talvolta però esse aumentano notevolmente, specie nella ingestione di acidi minerali o nella intossicazione acida da turbato metabolismo; si ritiene che in tali casi, l'ammoniaca, derivante dalla deaminizzazione degli aminoacidi è deviata dalla conversione in urea e serve a neutralizzare qualcuno dei prodotti acidi. Essa, in tal caso, ha una funzione protettiva e contribuisce alla regolarizzazione della reazione neutra nell'organismo; quindi l'aumento di ammoniaca nell'urina viene ritenuto come indice di quella forma di acidosi, rappresentata dalla circolazione di acidi fissi.

Rimane ora da sapere dove si forma l'ammoniaca e dove si compie la neutralizzazione. Si riteneva dapprima che ciò avvenisse nel fegato. T. P. Nash e S. R. Benedict (*Journ. of Am. Med. Assoc.*, 7 gennaio 1922) hanno rilevato che non si nota aumento di ammoniaca nel sangue anche quando essa è aumentata nell'orina. Sembra probabile che la formazione avvenga nel rene, ciò che sarebbe dimostrato dal fatto che nel sangue della vena renale la quantità di ammoniaca è doppia che nel sangue di altri vasi.

Il rene quindi, invece di secernere l'ammoniaca dal sangue, la forma: si viene così a comprendere meglio il meccanismo dell'abbassamento della riserva alcalina. Se l'ammoniaca non è a disposizione nell'organismo, gli acidi vengono trasportati con le loro basi fisse o con le proteine; ora, se il rene diventa insufficiente ad eliminare i radicali acidi e quindi a mantenerli ad un livello minimo nel sangue, ne risulta un abbassamento della riserva alcalina, anche se il rene è normale per quanto riguarda la produzione di ammoniaca. Analogo effetto di abbassamento della riserva alcalina si ha anche quando il rene è difettoso nella produzione dell'ammoniaca, pure rimanendo normale nella eliminazione degli amino-acidi, poichè l'organismo perde in tal caso una quantità eccessiva di basi per la neutralizzazione degli acidi. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1294) *Quesiti chirurgici.* — All'abbonato n. 11,247:

Negli ascessi freddi, dopo l'aspirazione del liquido in essi contenuto si inietta un'emulsione di iodoformio sospeso in glicerina al 10 per cento.

Nelle fratture non esposte del femore si può applicare un apparecchio inamovibile se non vi è forte spostamento dei frammenti: se vi è forte spostamento difficilmente riducibile o che tende a riprodursi dopo che è stato ridotto, è più indicato un apparecchio a trazione.

L. D.

(1295) *Azione fisiologica di alcune sostanze acide.* — All'abb. n. 5139:

Il succo di limone si comporta fisiologicamente come un alcalino, perchè gli acidi organici che esso contiene (citrico, malico, ecc.) vi sono parzialmente combinati al calcio, al potassio, ecc., sotto forma di sali acidi; il radicale organico brucia nell'organismo e abbandona le basi.

Al calcio probabilmente si deve l'azione astringente del succo di limone. Questo contiene anche delle vitamine antiscorbutiche.

L'aceto brucia interamente nell'organismo; quindi non possiede l'azione secondaria alcalirizzante del succo di limone.

Tanto l'uno quanto l'altro, se introdotti in eccesso, resistono in parte all'ossidazione; solo in queste condizioni esplicano l'azione acida: fissano l'ammonio e solubilizzano i minerali, particolarmente il calcio, favorendone l'eliminazione: così riducono le riserve basiche.

Alcuni acidi organici resistono all'ossidazione più di quelli contenuti nel limone e nell'aceto: così l'acido tartarico e, specialmente, quello ossalico; eppure, anche se liberi, cioè non allo stato di sali, l'organismo ne tollera discrete quantità, grazie ai compensi fisiologici. Quindi non si devono esagerare i danni che gli acidi organici in genere possono produrre, mentre in alcune condizioni essi giovano; così nelle digestioni torpide da ipocloridria l'acido citrico, l'acido acetico, l'acido lattico, ecc., sono in grado di sostituirsi all'acido cloridrico nell'attivare la pepsina.

L. V.

(1296) All'abbonato n. 3414(1):

Un testo di medicina legale che abbia i requisiti da lei richiesti è quello del prof. A. Ascarelli, in corso di pubblicazione e di cui è già uscita la 1ª-2ª puntata e che sarà certo ultimato nel corso dell'anno. Un altro buon testo, succinto e compendioso, è quello del professor A. Cevidalli (2ª edizione), Società editrice libraria. *a. p.*

(1297) Al dott. F. Piccaretta da Derna:

S. POZZI. *Trattato di ginecologia clinica ed* operatoria. F. Vallardi, Milano. - SPINELLI M. *Manuale di terapia medica ginecologica e di piccola chirurgia vaginale.* Idelson, Napoli - E. FORGUE e G. MASSABUAN. *Traité de gynécologie.* Baillière, Parigi. - PREISWERK G. *Odontojatria e malattie della bocca.* F. Vallardi, Milano. *r. s.*

VARIA

La vita dei mostri.

Il mostro pigopago costituito dalle sorelle Rosa-Josefa-Blazek, di cui è stata annunciata la morte qualche mese fa, era nato all'ospedale di Praga nel 1879, con un parto che non fu difficile; la madre, che aveva già avuto un altro figlio e che ne ebbe ancora quattro, morì a 65 anni; il padre, tuttora vivente, ha 85 anni.

Le sorelle, così stranamente unite, incominciarono a camminare all'età di quattro anni, ma in seguito poterono ruzzare come gli altri bambini, ed anche arrampicarsi sugli alberi; nel cammino si spostavano di solito lateralmente, ma potevano anche avanzarsi ed indietreggiare; in tal caso però, mentre l'una camminava in avanti, l'altra era costretta a camminare indietro e viceversa.

Nel secondo anno di vita incominciarono a parlare, ed impararono in seguito diverse lingue: appresero poi la lettura, la scrittura, i lavori donneschi: sonavano entrambe il violino e, mostrandosi come curiosità nei circhi, *hall*, ecc., realizzarono una notevole fortuna.

La connessione fra questi due esseri era costituita particolarmente da parti molli, per una larghezza di 22-38 cm.; vi era altresì unione ossea fra le ossa iliache e fra l'estremità del sacro di entrambe, con un unico coccige. L'ano ed il retto erano comuni; in questo sboccavano a distanze diverse i due sigma. All'unione delle coscie di ognuna, si trovava l'orificio vaginale; Josefa aveva una vagina rudimentale, senza imene e con utero rudimentale ed, a quanto sembra, aveva anche desiderî sessuali. Questi vennero pienamente soddisfatti da Rosa, la quale nel 1909 divenne incinta per opera del suo impresario (peccato che non si conoscano i particolari di questo amore, con un testimone attaccato!), ebbe un parto normale; i dolori dell'espulsione furono comuni ad entrambe; entrambe ebbero secrezione lattea, ma non allattarono. Il figlio è perfettamente normale e di intelligenza media.

Malattie. All'età di 14 anni, Josefa fu affetta da difterite e Rosa era assai imbronciata, perchè costretta a stare a letto, mentre invece si



sentiva bene: nel 1908 invece, fu la volta di Rosa, che venne operata da V. Kukula per un grosso calcolo vescicale.

La malattia, che le condusse a morte a Chicago il 30 marzo, colse dapprima Rosa, con fenomeni di itterizia consecutivi ad influenza: dopo tre settimane fu la volta di Josefa, che presentò sintomi tali da sospettare l'appendicite. B. H. Breakstone, chiamato in consulto, trovò in un solo letto due donne, una delle quali aveva l'espressione sofferente, la tinta itterica e si lamentava di dolori al lato destro dell'addome, e narra (*Am. medicine* aprile 1922) la sua maraviglia quando, alzate le coperte per visitare l'ammalata, si accorse che le due donne erano unite. La temperatura era di 36.6 in Rosa, di 37.2 in Josefa, il polso rispettivamente 90 e 94, il numero delle respirazioni

uguale; l'esame del sangue dimostrò per Josefa: 80 % di emoglobina, 4,800,000 emazie e 8,000 leucociti; per Rosa rispettivamente 90 %, 5,000,000, 7,000.

I movimenti intestinali si potevano riconoscere all'ispezione dell'addome; Josefa era costipata con feci grigie; Rosa aveva invece scariche normali. Le condizioni di Josefa andarono in seguito aggravandosi; man mano aumentavano in essa la temperatura, e la frequenza del polso e del respiro, si avevano pure aumenti, sebbene in grado minore, in Rosa, la quale però dovette alla fine seguire la sorte della sorella e morì 12 minuti dopo di questa.

Contrariamente all'opinione espressa anni or sono da Kukula, H. Breakstone ritiene che, sopratutto in considerazione della grave malattia di Josefa, mentre le condizioni di Rosa erano buone, si sarebbe potuto separarle chirurgicamente. In realtà esse erano due entità separate: Rosa più alta e sottile, Josefa, piuttosto bassa, tarchiata, dall'aspetto più vecchio; avevano di comune il retto, ma non sarebbe stato molto arduo separare le parti molli e le unioni ossee, lasciare per Rosa il retto esistente e fare a Josefa, se fosse sopravvissuta, un retto artificiale o la colostomia. Si oppose invece ad ogni intervento un medico, inviato dai fratelli, che agognavano alla pingue eredità.

Nella strana vita di questri mostri, la nostra curiosità è maggiormente attratta dai particolari sull'amore e sulla morte. I fratelli Siàmesi, che erano uniti per mezzo di un ponte fra lo sterno e l'ombelico, ebbero mogli e figli; ma il caso più strano è quello dei fratelli Tocci, che erano saldati per la parte inferiore fino alla base del torace: erano essi un individuo con due teste o due esseri con un solo addome ad un solo bacino? ed i due testicoli appartenevano ad uno solo od erano imparzialmente divisi uno per uno? sta il fatto che i fratelli Tocci si unirono a due donne diverse!

Più noti sono i particolari sulla morte e sulla separazione dei fratelli siamesi: l'uno che era stato precedentemente colpito da emiplegia, morì a 63 anni per catarro bronchiale: il fratello lo seguì due ore dopo, a quanto sembra, in seguito a sincope per lo spavento.

Le sorelle ungheresi Elena-Giuditta morirono allo stesso istante. Le altre sorelle Radica-Doodica, xifofaghe come i fratelli siamesi, furono separate da Doyen, quando Doodica ebbe peritonite tubercolare; questa morì dopo sette giorni, l'altra sopravvisse. Anche ad un medico, il dott. Boelim, capitò la disgrazia di un mostro xifofago, che egli stesso operò poche ore dopo la nascita, riuscendo a salvare una delle gemelle. Si hanno altri casi del genere.

fil.

Separazione di due gemelle xifopaghe.

Il dott. Le Filliatre ha presentato all'Accademia di Medicina di Parigi una bambina ottenne, robusta e ben nutrita che, quando venne al mondo, era congiunta a una gemella, in corrispondenza dell'appendice xifoide e della regione sopra-ombelicale.

Poco dopo la nascita la compagna fu colpita da una grave malattia infettiva; e dopo qualche miglioramento fu ripresa da febbri, convulsioni e gravi difficoltà respiratorie; anche la vita della sorella veniva compromessa. Il dott. Le Filliatre fu chiamato (si era al 4 marzo 1914) a compiere un intervento operatorio, perchè le due gemelle fossero separate.

L'operazione fu laboriosa; la gemella malata ebbe a soccombere; fu salva invece la bambina che il dott. Le Filliatre ha presentato all'Accademia: ella non reca che una piccola cicatrice residua.

L'operazione, per se stessa difficilissima, è raramente coronata da successo. E per ottenere buoni risultati, il Le Filliatre consiglia di compiere la separazione prima che venga imposta dalla necessità, come in questo caso.

p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

TAILLANDIER OLIVIER. *Contribution au traitement de la Dysenterie amèbienne par les pansements rectaux à base de Novarsenobenzol.* — Paris, 1920.

TIERI A. *Lesioni oculari simulate e procurate.* — Napoli, 1920.

TOSCHI GIOVANNI. *L'echinococco nei muscoli.* — Bologna, Stab. Poligrafici riuniti, 1921.

URUENA JESUS GONZALEZ. *Tratamiento del lupus eritematoso por la nieve carbonica.* — Mexico, Larin y C., 1920.

VALAGUSSA FRANCESCO. *L'Istituto «Emilio Maraini» dopo un anno dalla inaugurazione.* — Roma, Cooperativa Tip. «Luigi Luzzatti», 1921.

VITERBI ACHILLE. *Il Tracoma - Sua densità in provincia di Bergamo.* — Bergamo, F.lli Bolis, 1921.

MARAGLIANO VITTORIO. *Discorso inaugurale del Professor Vittorio Maragliano al III Congresso Italiano di Radiologia medica.* Milano, Tip. Enrico Zerboni, 1921.

MAROULIS C. *L'éprecve de la Phénolsulfonephtaléine chez les cardiaques et les cardio-rénaux.* — Paris, Le François, 1921.

MAZZONI LUIGI. *Tre casi di fibroma del rino-faringe curati col Radium.* Firenze, G. Spinelli e C., 1921.

MELLONI PARIDE. *L'evoluzione e il divenire dell'umanità.* — Milano, Impresa Affissioni, 1921.

MINERBI CESARE. *Un ulteriore perfezionamento alla tecnica per la fissazione e colorazione dei sedimenti urinarii.* — Firenze, 1918.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Su l'organizzazione della classe medica.

La Rivista Sanitaria Siciliana pubblica una lettera aperta del suo direttore dott. Salpietra indirizzata al prof. Silvagni con la quale si chiede al Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici di voler precisare e chiarire le direttive della massima organizzazione sanitaria in un momento nel quale le innumeri associazioni di categoria ed i tentativi di istituzioni di sindacati minacciano di dissolvere più che rafforzare l'azione di classe.

Il Salpietra sostiene che non si debbano sabotare gli Ordini dei Medici ma rafforzarne ed integrarne l'attività sindacale chiamando alla loro direzione i rappresentanti di tutte le categorie dei sanitari, e perciò ritiene inutile la istituzione di Sindacati.

I Sindacati medici vogliono organizzare la classe, valorizzare la professione, migliorare le condizioni culturali ed economiche, tutelare e difendere i diritti dei medici, quasi che gli Ordini non avessero lo stesso, anzi un più vasto programma di azione. Con questa differenza, che tutti gli esercenti in ogni provincia hanno l'assoluto obbligo per legge dell'iscrizione negli Albi, di pagare il contributo, di sottostare alla disciplina dell'Ordine, di rispettare le norme deontologiche, mentre i Sindacati non sono che delle associazioni libere in cui l'iscrizione è volontaria ed a cui manca il potere effettivo di controllare, di difendere, di punire. E nulla, proprio nulla hanno fatto i Sindacati medici esistenti che non avesse potuto fare con maggiore autorità e fermezza l'Ordine locale. La verità è, che i Sindacati in genere sono sorti o laddove gli Ordini non funzionano, ovvero in opposizione ed in contrasto con gli Ordini, spesso per interessi personali o di categoria.

Purtroppo l'avvenire non si presenta roseo e più che disperdere conviene serrare le fila.

La pletora, a giudicare dall'enorme numero di studenti di medicina, minaccia moralmente ed economicamente la classe medica.

La concorrenza, la frode ed il ciarlatanismo che già oggi annichiliscono la professione avranno nuovo incremento in un prossimo avvenire, perchè le necessità della vita obbligheranno i nuovi medici a lotte sempre meno corrette, ad espedienti sempre meno dignitosi. Ora la repressione e la prevenzione non può essere fatta dai Sindacati, ma dagli Ordini che ne hanno il mandato giuridico.

Mentre i Sindacati non possono assumersi il compito e la facoltà degli Ordini, questi all'occorrenza potranno sempre assumere funzioni sindacali.

Il dott. Salpietra così termina la lettera al prof. Silvagni:

Se l'organizzazione non ha risposto nè può rispondere a quell'elevamento materiale e morale cui la classe aspira, noi chiediamo che manifestiate il vostro pensiero per sapere se non convenga fare macchina indietro, per lasciare l'indipendenza di tutte le categorie della classe per lo studio dei problemi particolari, ma nello stesso tempo fare in modo che in ogni provincia unica sia la direzione, unico il metodo di lotta, unico il fondo di guerra, e che tutti gli Ordini facciano capo alla Federazione che deve assumere direttive decisamente più sindacali come fin'oggi non ha fatto, in modo che univoca sia la lotta in ogni regione d'Italia, per pretendere e per ottenere quelle rivendicazioni alle quali la classe ha diritto.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9481) *Condizioni di concorso.* — Dott. L. S. da R. — Avendo il Comune nello avviso di concorso enumerato lo stipendio ed i caro-viveri annessi, intendeva dire che su questo ultimo cespite non si poteva fare continuo assegnamento, ma solo fino a quando fossero stati obbligatorii. Ora non essendo intervenuta alcuna proroga i caro-viveri dovrebbero effettivamente cessare, perchè scaduti: ma quasi nessuna amministrazione comunale lo ha fatto, in considerazione che le condizioni della vita non sono punto mutate da quelle che sono state finora. Ella, quindi, dovrebbe ricorrere alla G. P. A., ai termini dell'art. 26 della legge sanitaria ed alle istruzioni, all'uopo, emesse dal Ministero dell'Interno, per ottenere il ripristino dei caro-viveri o, quanto meno, un aumento di stipendio proporzionato alla perdita che mensilmente risentirebbe per l'abolizione dei due caro-viveri.

(9482) *Regolamento organico di impiegati.* — Dott. abbonato 6158. — La Commissione provinciale di beneficenza, come tutte le altre che esercitano funzioni tutorie, non ha facoltà di sostituirsi alla Opera Pia, e di fissare di ufficio un limite di età differente da quello contenuto nel regolamento sottoposto al suo esame. Non si tratta poi di nomina nuova, ma bensì di una promozione in riparazione di un errore precedentemente commesso ed in esecuzione di una sentenza del magistrato ordinario, che deve essere anche eseguita. Contro la decisione della predetta Commissione provinciale di beneficenza Ella può ricorrere al Governo del Re, che si pronunzierà sentito il parere del Consiglio superiore di assistenza e beneficenza pubblica — ai termini dell'art. 18 della legge 18 luglio 1904, n. 390.

(9483) *Infortuni agricoli - Compensi.* — Dott. A. S. da P. — Negli infortuni agricoli il primo certificato, che è anche denunzia, si paga lire 5.00, quelli per la continuazione delle malattia si pagano lira una e quello attestante il termine della malattia lire 5.00, sempre che per lo stesso infortunio la spesa dei certificati non superi lire 15.00. Tali compensi furono fissati dal R. Decreto 2 ottobre 1921, n. 1367.

(9484) *Seconda indennità caro-viveri per il coniuge.* — Dott. L. B. da F. R. — Per risolvere il

caso da Lei prospettato occorre tener presente il n. 4 della circolare del Ministero del Tesoro del 20 febbraio 1921 così concepito: *Al funzionario o salariato dello Stato coniugato dovrà sempre corrispondersi, salvo il caso di separazione giudiziale, la quota suppletiva per la persona del coniuge. Tale quota compete, quindi, anche quando la moglie ricopra un impiego governativo e sia perciò provvista per sè della relativa indennità caro-viveri.* Quello che dicesi per l'impiegato dello Stato vale anche per quello Comunale e, perciò, a Lei compete l'integrale secondo caro-viveri.

(9485) *Degli aumenti sessennali.* — Dott. M. B. da C. — L'aumento sessennale è ordinariamente il decimo dello stipendio cioè di L. 600 su 6000. Il terzo sessennio non l'è dovuto, avendo nel frattempo ottenuto un aumento di stipendio. Il nuovo periodo utile per conseguirlo, decorre dalla data dell'ottenuto aumento. Il sessennio si stabilisce sull'intero stipendio, comprensivo della quota degli agiati e dei poveri.

(9487) *Stabilità - Periodo di prova.* — Dott. N. P. da R. — Può invocare l'avvenuto acquisto della stabilità solo se sarà nuovamente nominato medico condotto del Comune ove fu licenziato a seguito di concorso.

(9488) *Aumenti triennali.* — Dott. C. F. da V. —Il suo terzo triennio si matura col 14 luglio p. v.

(9489) *Secondo caro-viveri.* — Dott. S. P. da S. di M. — Il secondo caro-viveri non è obbligatorio per le Amministrazioni comunali. In caso di insufficienza dello stipendio che, come Ella dice, è comprensivo del primo caro-viveri, si può chiedere alla G. P. A. la concessione del secondo caro-viveri, ai sensi dell'art. 26 della legge sanitaria.

(9490) *Elenco dei poveri.* — Dott. A. P. da F. — L'elenco dei poveri non deve essere approvato dalla Prefettura. Le altre irregolarità da Lei indicate non sono prescritte a pena di nullità.

(9491) *Contravvenzioni sanitarie.* — Dott. L. A. da C. — Non vi è analogia che possa essere invocata fra l'opera di un vigile sanitario e quella dell'ufficiale sanitario. Al primo può essere concessa la partecipazione della contravvenzione perchè deve, come salariato, essere eccitato a compiere attentamente il proprio dovere, mentre il secondo non ha bisogno di eccitamento materiale.

(9492) *Cassa di previdenza.* — Dott. V. R. da M. — All'ufficiale sanitario, ancorchè non sia medico condotto, ed al medico ospedaliero, è data la facoltà di inscriversi alla Cassa di previdenza governativa.

(9493) *Tassa esercizii e di R. M.* — Dott. M. R. da L. — La tassa esercizii si paga dall'epoca in cui comincia l'esercizio professionale e la R. M. dal giorno in cui si produce il reddito. Non vi sono periodi di tolleranza. Occorre però, che si produca un reddito maggiore del minimo esente da contribuzione.

(9494) *Seconda indennità caro-viveri.* — Dott. G. P. da A. — Bisogna ricorrere alla G. P. A. per ottenere la integrale applicazione del secondo caro-viveri in rapporto al numero dei suoi figli.

(9495) *Disponibilità.* — Dott. L. B. da A. — Come stipendio avrà lire 850. Non si può rispondere ad altro, ignorandosi se il 30 % sia già compreso, come sembrerebbe, nello stipendio e quale sia la sua posizione di famiglia. Anche all'ufficiale sanitario compete il caro-viveri, ma non il 30 % perchè non ha stipendio ma indennità. Occorre conoscere la sua esatta posizione di famiglia.

(9497) *Indennità cavalcatura - Pensioni.* — Dottore G. R. da P. — L'indennità cavalcatura deve essere corrisposta fino a quando la cavalcatura esiste, giacchè essa è il compenso, *à forfait*, di un servizio, che si rende. Essa è diversa dallo stipendio e perciò, mentre questo durante il congedo deve essere corrisposto per intero, quella deve cessare quando cessa il servizio, cui è adibita, non ostante sia stata per lo innanzi corrisposta per oltre un triennio. Poichè il regolamento comunale non lo ammette, non può, a causa dello infortunio, liquidare la pensione con 29 anni di servizio in luogo dei 35 prescritti nè accorciare, comunque, la media degli anni, che si prende come base della liquidazione.

(9498) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. P. da F. — L'indennità caro-viveri per uno scapolo, o vedovo senza prole, è di lire 65 mensili.

(9500) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da C. — Se la persona di famiglia non è effettivamente a suo carico, la detrazione è giusta. Però Ella se è scapolo deve avere lire 65 mensili per ogni caro-viveri e se ammogliato o vedovo con prole, lire 100 mensili. Della ripresa del servizio di condotta deve informare l'Ufficio sanitario provinciale con una domanda, con cui chieda di essere reinscritto alla Cassa e di ritenere come annullata la precedente domanda di pensione già fatta.

(9501) *Aumenti quadriennali.* — Dott. M. P. da C. sull'O. — Poichè l'ultimo stipendio di pianta è quello di lire 9000, è naturale che su di esso debba essere regolato l'aumento quadriennale, che non ne deve sorpassare i 4 decimi.

(9502) *Tariffa abbienti.* — Dott. A. D. A. da C. — Se nel Comune vi è un sol medico è giustificato l'intervento della Amministrazione per assicurare il servizio degli agiati con una tariffa. Essendo unico nel Comune non può rifiutarsi alle chiamate degli agiati, giacchè altrimenti gli agiati resterebbero senza cura ed assistenza sanitaria.

(9503) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. S. da C. di S. — Ancorchè i figli sieno fuori residenza per studio, compete loro la indennità caro viveri suppletiva.

(9504) *Diploma di laurea disperso - Sostituzione.* — Dott. R. D. V. da R. — Il diploma di laurea disperso, può essere sostituito da un certificato rilasciato dalla Segreteria Universitaria.

(9505) *Concorso - Nomina da parte del Consiglio Comunale.* — Dott. X. Y. da G. di C. — Non si può negare al Consiglio Comunale la fa-

coltà di scegliere una qualsiasi delle persone comprese nella graduatoria formata dalla Commissione. Non sarebbe, pertanto, consigliabile il ricorso che sarebbe di esito incerto.

(9506) *Assicurazione infortunii.* — Dott. G. M. da C. — Il Comune non è per legge tenuto ad assicurare il medico condotto per gli infortunii.

(9507) *Ufficiale sanitario.* — Dott. M. M. da T. di S. — Non vi è un volume adatto per gli esami di ufficiale sanitario. Provi il Codice sanitario, che si pubblica in Napoli.

(9508) *Infermità contratta in servizio.* — Dott. G. D. N. da P. — La infezione malarica contratta in servizio non dà luogo a risarcimento di danni, da parte del datore di lavoro, in quanto che l'esistenza della malaria in quella determinata località, non poteva nè dovea essere ignorata, quando si assunse il servizio.

(9509) *Cure ospedaliere.* — Dott. R. F. da G. — Per rispondere esaurientemente al quesito da Lei fatto occorre conoscere quali patti intercedono fra lei e l'Ospedale a riguardo di persone appartenenti a Comune diverso. Se costoro oltre la diaria all'Ospedale debbono anche pagare l'operatore, Ella ha ragione e può pretendere il pagamento dalla parte; se, invece, pagata la diaria all'Ospedale, resta pagata anche l'operazione chirurgica, Ella potrebbe avere compenso dalla Amministrazione ospedaliera, sempre che a ciò sia essa obbligata dalle deliberazioni di nomina o dal proprio Statuto.

(9510) *Servizio di ospedale.* — Dott. G. R. da A. — Il Comune può sovvenzionare l'ospedale perchè assuma l'intero servizio dei poveri, anche a domicilio, per ottenere un servizio generale più sicuro, più raccolto e scientificamente più moderno.

(9511) *Consorzii sanitarii.* — Dott. G. P. da S. P. — Senza la maggioranza consiliare prescritta, non è possibile adottare la deliberazione necessaria per la costituzione del consorzio. Tutte e due le deliberazioni consiliari debbono essere adottate con le formalità prescritte dallo articolo 190 della vigente legge comunale e provinciale e debbono essere sottoposte alla approvazione della G. P. A. la quale terrà certamente presente, nello emettere le sue provvidenze, la incongruità di stabilire un consorzio fra due Comuni distanti fra di loro ben 12 chilometri. Mancando la maggioranza non è consentito neanche l'intervento diretto del Prefetto, ai sensi dello articolo 7 del Regolamento 19 luglio 1906, n. 466. In ogni caso, costituitosi il consorzio, si può sempre ricorrere al Ministero dello Interno ai sensi dello articolo 12 del Regolamento sopra citato.

Doctor JUSTITIA.

Perizie giudiziarie. — Al dott. L.:

La legge che regola le perizie giudiziarie è il codice di procedura penale. Gli articoli 208-209 regolano la scelta dei periti, gli articoli 212-213 la nomina del primo e del secondo perito, gli articoli 221-222 infine la nomina e le funzioni del terzo perito.

A. A.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta antimalarica.

Con circolare 1° luglio corrente il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità) ha richiamato la particolare attenzione dei Prefetti del Regno e dei Medici provinciali sulla urgente necessità perchè le varie provvidenze stabilite contro la malaria abbiano ovunque piena e completa attuazione.

Dovrà perciò accertarsi che da parte dei Comuni e degli Enti obbligati si ottemperi con il dovuto rigore ai precisi obblighi di legge riguardo alla cura ed alla profilassi dell'infezione malarica, controllando di continuo gli acquisti tempestivi di chinino, in quantità adeguata ai bisogni ed il modo di somministrazione di esso.

È necessario anche assicurarsi che l'esplicazione dei vari servizi antimalarici, e specialmente il funzionamento degli ambulatori siano effettivi e si facciano con quelle regolarità ed efficienza che solo dànno affidamento di benefici risultati.

Così pure dovrà proseguirsi con il maggior impegno lo studio delle particolari condizioni del suolo, che sono causa della persistenza e della diffusione della malaria per i centri abitati, dando mano a quei provvedimenti indispensabili per la eliminazione e quanto meno, per la correzione di tali focolai malarigeni (opere di piccola bonifica, disanofelizzazione, ecc.).

Ai benemeriti della lotta antimalarica verranno dati sussidi come premio ed incoraggiamento per dedicarsi con maggior lena ad essa. (*c.*).

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Firenze*: Dottori: Bufalini Emilio, Firenze — Chiappella Angelo Riccardo, Pistoia e Prato — Rudini Paolo, Figline Val d'Arno — Andreini Giulio, Fucecchio — Lanza Carlo, Agliana — Galeotti Luigi, Lamporecchio — Mazzi Augusto, Montespertoli — Bruscoli Giovanni, Portico di Romagna — Merlini Sante, Prato — Pitassi Umberto, Rignano sull'Arno — Del Guerra Teseo, Santa Maria a Monte — Cigheri Matteo, Pontassieve — Chiodi Alfredo, Fiesole — Bernabei Oddo, Lastra a Signa — Comandoli Emilio, Montopoli — Pierozzi Gustavo, San Casciano in Val di Pesa — Ranzi Giuseppe, Firenzuola — Bertini Pio, Rocca San Casciano — Nanni Ciro, Barberino d'Elsa — Fontana Edoardo, Empoli — Poli Sabatino, Gambassi — Volpe Amerigo, Londa — Benini Luigi, Modigliana — Vannucchi Giovanni, Montaione — Gaito Francesco, Prato — De-Sio Francesco, Rufina — Poccianti Lorenzo, San Marcello Pistoiese — Lorenzoni Egisto, Serravalle Pistoiese — Bracci Enrico, Bagno a Ripoli — Martinuzzi Gino, Campi Bisenzio — Galluzzi Augusto, Brozzi — Neri Alfredo, Davadola — Lombardi Alessandro, Incisa Val d'Arno — Liverani Livio, Terra del Sole — Mariani Francesco, Vaglia.

Provincia di *Avellino*: Dottori: Buonaparte Alberto, Grottaminarda — Vitale Alfonso, Aquilonia — Di Ioanna Vito, Avellino — Cafuzzo Antonio, Bisaccia — Ciolfari Vincenzo, Calitri — Lembo Giuseppe, Baiano — Vesce Fortunato, Pietradefusi — Maselli Pasquale, Accadia — Flora Nicola, Carife — Sica Michele, Lacedonia — Rega Michele, Atripalda — Santucci Nicola, Forino — Ciarfera Angelo, Montefalcione — D'Argenzio Gennaro, Montoro Inferiore — Petrilli Tommaso, Trevico — D'Urso Giuseppe, Rocchetta Sant'Antonio — Giordano Carlantonio, Altavilla Irpina — Guerriero Vittorio, Capruglia — Micera Giuseppe, Montemiletto — Terlizzi Michele, Montoro Superiore — Principe Quirino, Roccabascerana — Cappuccio Lorenzo, Mirabella Elcana — Coppola Vito, S. Sossio Baronia — Sarno Nicola, Castelvetere sul Calore — Santoro Antonio, Lioni — Zollo Filippo, Montemarano — Spirito Francesco, Monteverde — Rossi Rodolfo, Sant'Angelo dei Lombardi — Ciampo Ercole, Sturno — Renna Costantino, Teora — Rosa Vincenzo, Vallata — Titomalio Gennaro, Aiello del Sabato — Salvi Domenico, Avella — Lapati Giovanni, Cervinara — Alvino Eugenio, Cesinali — Troisi Romualdo, Chianche (Chianchetella e Petruro) — Cammarata Giuseppe, Chiusano San Domenico — Pacifico Giuseppe, Grottolella — Russo Giuseppe, Lauro — Nappi Michele, Marzano di Nola — Masucci Antonio, Mercogliano — Forino Martino, Monteforte Irpino — Lieto Salvatore, Monte Fredane — Oschiettino Gaetano, Moschiano — Bianco Paolo, Cardinale — Sirignano Giuseppe, Ospedaletto d'Alpinolo — Rega Vincenzo, Pago del Vallo di Lauro — Malfei Ernesto, Parolise — Acone Nicola, Pratola Serra — Bevilacqua Eugenio, Quindici — Boccaione Alfonso, Rotondi — De Pasquale Enrico, Salza Irpina — Imbriani Enrico, San Martino Valle Caudina — Tedeschi Vincenzo, Serino — Cocchia Alfredo, Sorbo Serpico — Lupo Giovanni, Taurano — Stisi Serafino, Tufo — Marrantino Matteo, Volturara Irpina — Ciani Giuseppe, Ariano di Puglia — De Pietro Alfonso, Bonito — D'Alessandro Giuseppe, Casalbore — Lauda Raffaele, Greci — Miletti Fulvio, Melito Valle Bonito — Camerlengo Igino, Montecalvo Irpino — Rocci G. Battista, Taurasi — Tedesco Agostino, Andretta — Cione Domenico, Bagnoli Irpino — Viscido Pasquale, Calabritto — Iuliano Ercole, Castelfranci — Bellini Emilio, Conza della Campania — Famiglietti Giuseppe, Frigento — Aldorasi Paolo, Gesualdo — Grassi Antonio, Guardia Lombardi — Apicella Serafino, Montella — Marzullo Michele, Nusco — Forgione Francesco, Rocca S. Felice — Galluccio Vincenzo, Sant'Angelo a Lesca — Losco Giuseppe, Torella dei Lombardi — Santulli Gerardo, Contrada — Iandoli Raffaele, Avellino.

Provincia di *Massa e Carrara*: Dottori: Zonder cav. Nicola, Massa — Finzi Ferruccio, Carrara — Ambrogi Michele, Carrara — Riani Pietro, Fivizzano — Gori Augusto, Montignoso — Gagliardi Galileo, Aulla — Leoncini Pietro, Villafranca — Cipriani G. Battista, Bagnone — Giubbani Angelo, Tresana — Bertolini Alberto, Camporgiano — Morganti Giuseppe, Castiglione — Toti Silvio, Gallicano — Donnini Cesare, Filattiere — Ceppellini Pietro, Pontremoli — Boccardi Carlo, Mulazzo.

Provincia di *Ancona*: Dottori: Ambrosi Lodovico, Ancona — Paolini Francesco, Jesi — Spadoni Giovanni, Senigallia — Monacelli Curzio, Fabriano — Ruzzini Leopardo, Osimo — Turri Ernesto, Arcevia — Venturoli Enrico, Corinaldo — Mariotti Bruto, Filottrano — De Luca Benedetto, Agugliano — Pierini Enrico, Montemarciano — Zannini Mariano, Monsanvito — Alonzi Giovanni, Serra de' Conti — Zonghi Pietro, Monsano — Antagnoli Alfredo, Morro d'Alba — Biondi Giulio Cesare, Ripe — Zambelli Antenore, Falconara Marittima — Paleani Ottavio, Sirolo.

Provincia di *Cosenza*: Dottori: Leporini Angelo, Diamante — Riccio Baldassarre, Belvedere Marittimo — Berlingieri Federico, Bisignano — Pellegrino Francesco, Cleto — Cosco Angelo, Cosenza — Oliva Gaetano, Scalea — Turano Adolfo, Montalto Uffugo — Ippolito Eduardo, Marano Marchesato — Spina Filippo, Campana — Rago Giuseppe, Canna — Graziadio Vincenzo, Castrovillari — Granata Pasquale, Celico — Santagata Francesco, Cerchiara di Calabria — Musacchio Oreste, San Martino di Finita — Saporiti Francesco, Verbicaro — Gioia Agostino, Laino Borgo — Conforti Giovanni, Nocara — Costanzo Filippo, Rogliano — Cascini Vincenzo, San Cineto — Leono Adolfo, San Giorgio Albanese — Barbieri Francesco, Bonifati — Canteruccio Lorenzo, Buonvicino — Trombieri Luigi, Bonifati — Paterno Giuseppe, Cassano Jonio — Spada Venanzio, Dipignano — Frassetti Pietro, Fagnano Castello — Martillotti Giuseppe, Lago - Leonardis Battista, Longobucco — Donadio Domenico, Morano Calabro — Lo Passo Francesco, Papasidero — Barrese Salvatore, Paterno Calabro — Carignola Gennaro, Rossano — Pesce Arturo, San Lorenzo Bellizzi — Musacchio Pasquale, Torano Castello — Cosentini Alfonso, Aprigliano — Florio Luigi, Amantea — Pancaro Severino, Altomonte — Castellano Francesco, Civita — De Rosa Giovan Battista, Fuscaldo — Guaragna Biagio, Orsomarso — De Rose Gabriele, Rende — Camparota Fortunato, San Basile — Milano Aristodemo, San Benedetto Ullano — Bruno Damiano, San Pietro in Guarano — Rizzo Eugenio, Scigliano — Scarnati Francesco, Serrapedace — Caracciolo Francesco, Terranova di Sibari — Pitrello Carmelo, Albidona — Bruni Filippo, Atilia — Del Giudice Ernesto, Belmonte Calabro — Veltri Andrea, Belmonte Calabro — Milanese Agostino, Bianchi — De Stefano Giovanni, Castiglione Cosentino — Panfili Giuseppe, Cetraro — Canonico Enrico, Cervicati — Capparelli Ercole, Cerzeto — Colosimo Giacomo, Colosimi — De Leonardis Gerardo, Crosia — Vallone Giulio, Falconara Albanese — Bruni Vincenzo, Francavilla Marittima — Silvagni Antonio, Grimaldi — Valle Francesco, Lattarico — De Filippis Giuseppe, Marano Marchesato — Grandinetti Giulio, Parenti — De Marco Eugenio, Pedevigliano — Natale Carlo, Plataci — Giacobini Egidio, Rocca Imperiale — Tucci Giuseppe, Rose — Ricci Vincenzo, Rota Greca — Pingitore Luigi, Rovito — Macri Demetrio, San Demetrio Corone — Merella Vincenzo, San Demetrio Corone — Marsico Eugenio, San Fili — De Marco Giovanni, San Giovanni in Fiore — Lopez Saverio, San Giovanni in Fiore — Foglia Giovanni, San Giovanni in Fiore — Cavalli Luigi, San Lucido — Sesti Francesco, San Pietro in Amantea — Bugliari Demetrio, Santa Sofia d'Epiro — Ribecco Agostino, Spezzano Albanese — De Santis Stanislao, Spezzano Grande — Feraco Emidio, Trenta — Fiore Vincenzo, Corigliano Calabro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AULETTA (*Salerno*). — Al 20 agosto; L. 5000 residenziali, L. 1000 per 100 fam. povere, L. 200 ogni 10 fam. successive, L. 500 se uff. san., 4 quadrienni decimo. Età limite 45 a. al 10 lug. (per coloro che hanno prestato servizio milit. 50). Servizio entro 15 giorni. L'Amministr. comun. si riserva il diritto di riaprire i termini del concorso, prorogandoli, qualora il numero dei concorrenti, a criterio dell'Amministr. risultasse esiguo. Si riserva, in sede di nomina, ampia facoltà di scelta fra i candidati idonei, senza distinzione di priorità; avrà facoltà di non nominare i vincitori del concorso qualora non siano di suo gradimento.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. anat. patol. e analisi cliniche. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

BOCCOLO DEI TASSI (*Piacenza*). — Scad. 15 ag. L. 6500, doppio c.-v., L. 3000 cav., L. 1500 c.-v., indenn. membri famiglia a carico; ambul. L. 400; uff. san. L. 300; assicur.

BRESCIA. — Per Urago Mella; titoli ed esami; scad. 31 lug.; L. 6000 p. 1000 pov., addizion. lire 2, trasferta L. 1500, ambulat. L. 500, otto trienni, 3 c.-v., età limite 35.

BRIONI (*Brescia*). — Condotta esterna; scad. 31 lug.; L. 6500 e 4 quadrienni di L. 1000 pel 30 % abitanti, addizion. L. 5, trasp. L. 1000.

CASERTA *R. Prefettura.* — Undici posti di uff. san. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Al 10 agosto, ore 17; condotte di Tirli e Vetulonia; lire 9000 e doppio c.-v. Stato famiglia.

CICCIANO (*Caserta*). — L. 4285.70 e c.-v. di lire 857.15, quinquenni decimo, per solo servizio medico fino a cessaz. dell'attuale chirurgo condotto; poi intero servizio a L. 6000 e c.-v. di lire 1200; età limite 40; scad. 15 agosto.

FAENZA. *Ospedale Civile.* — Medico primario. Vedi fasc. 28. Scad. 45 g. dal 15 giugno.

FAVIGNANA (*Trapani*). — Il concorso annunziato nel fasc. 26 è prorogato al 31 luglio.

IMOLA (*Bologna*). — Per Ponticello; L. 8000 (ritenuta oltre le L. 5000); 4 trienni e 1 quinquennio di L. 600; L. 3000 trasp.; L. 1000 a *forfait* per i poveri superiori a 1000. Scadenza 31 luglio.

MELARA (*Rovigo*). — Scadenza 4 agosto. L. 7500 per 1000 pov.; L. 100 per gruppi di 50 (o frazione); L. 2500 trasp.; doppio c.-v.; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni.

MODENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. del capoluogo. Vedi fasc. 28. Scad. 20 agosto.

MONTEARGENTARIO (*Grosseto*). — Scad. 25 lug., per Grotte e Port'Ercole; L. 9000 e 5 quadr. dec.

PREMILCUORE (*Firenze*). — A tutto 31 luglio. Vedi fasc. 28.

RODONDESCO (*Mantova*). — Scadenza 10 agosto. L. 9000 e 5 quadrienni decimo, doppio c.-v., L. 400 cav., L. 600 uff. san.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni.* — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

SERIATE (*Bergamo*). — Consorzio 4 Comuni. Scadenza 31 lug. L. 7750 per 1500 pov. su 4500 ab., L. 500 uff. san., L. 1000 trasp., doppio c.-v.

SCOGLITTI VITTORIA (*Siracusa*). — L. 5500 e 5 quadrienni di L. 500; diritto a passare nelle condotte di città appena vacante il posto. Scadenza 31 luglio.

STAZZEMA (*Lucca*). — A tutto il 10 agosto, per 900 pov. su 2828 ab.; L. 8800 e 4 quinquenni decimo, L. 200 cav., L. 2400 c.-v. Servizio entro 15 g.

TORRITA (*Siena*). — 1ª condotta residenziale del Capoluogo e direzione dell'Ospedale Maestri (50 letti e sala operatoria); abit. 1000 (su 5600 del Comune); titoli prevalentem. chirurgici; L. 12,000, doppio c.-v., indennità supplementare di famiglia, sei quadrienni decimo, non obbl. cav.; assicuraz., ecc.; dai degenti paganti compensi per gli atti operativi e altre prestaz. sanitarie. Serv. entro 20 giorni. A tutto 31 luglio.

VETRALLA (*Roma*). — 2ª cond. (fraz. e dintorni); L. 8000, indenn. cav. da stabilirsi, fino a un massimo di L. 2000, doppio c.-v. Scad. 30 luglio.

POSTI DI STUDIO.

PISA. *R. Università.* — È aperto il concorso al *posto di perfezionamento Giov. Batt. Queirolo* presso la Clinica Medica, per un anno dal 1° novembre 1922, con possibilità di conferma per un altro anno a termini dell'art. 5 dello Statuto di Fondazione. Il vincitore del concorso avrà l'obbligo della frequenza presso detta Clinica allo scopo di perfezionarsi negli studi di Clinica Medica e godrà un assegno annuo di L. 3600, al lordo delle imposte, pagabile a rate mensili anticipate su presentazione del certificato di profitto del Direttore della Clinica. Possono concorrere al posto i laureati in medicina e chirurgia di tutte le Università del Regno, i quali non abbiano più di due anni di laurea a datare dal 1° agosto 1922. Il concorso è per titoli, ma in caso di parità di merito fra concorrenti, la Commissione giudicatrice ha facoltà di indire un esame. I concorrenti dovranno presentare entro il 30 settembre prossimo, domanda in carta da bollo da L. 1.20, al Rettore, corredata dai seguenti documenti in carta bollata e debitamente legalizzati: *a*) Certificato di nascita; *b*) Stato di famiglia; *c*) Certificato generale degli studi universitari, dal quale risultino le votazioni conseguite nei singoli esami speciali ed in quelle di laurea e la data di quest'ultima; *d*) Tutti quegli altri titoli e documenti atti a comprovare speciali attitudini per gli studi medici.

Giovane medico-chirurgo, un anno pratica ospitaliera, accetterebbe buon interinato. Scrivere condizioni: Sig. Petrone (I), Ognissanti, Chieti.

Medico, sette anni laurea, pratico condotte, cerca ovunque buon interinato probabile stabilità. Scrivere: Signorina Miani - Gorizia, Piazza N. Tommaseo, 8.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Premio Balli-Valier.

Il Reale Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, nella sua adunanza annuale del 18 giugno, ha conferito al prof. Ettore Ravenna della Scuola Veterinaria di Modena il premio Balli Valier di L. 6000, riservato allo scienziato italiano che nel biennio 1920-1921 abbia contribuito al progresso delle Scienze medico-chirurgiche o con la invenzione di qualche istrumento o con la pubblicazione di qualche opera di sommo pregio. La Commissione aggiudicatrice riconobbe che rispondeva a quest'ultimo requisito un gruppo di lavori sulla « Endocardite da carbonchio sintomatico » del professor Ravenna.

Il dott. Pietrino Castagna, di Pozzomaggiore (Sardegna), è riuscito vincitore del concorso per Direttore e Chirurgo primario dell'Ospedale « Lanciarini » in Sassocorvaro (Marche).

Al giovanissimo neo-direttore porgiamo lieti auguri.

Con decreto del 4 febbraio 1922, è stata concessa la croce al merito di guerra al dott. Sebastiano Gemellaro, da Catania, già capitano medico al fronte.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Il prof. Domenico Barduzzi, direttore della Clinica dermosifilopatica e storiografo della medicina presso la R. Università di Siena, è nominato grande Ufficiale della Corona d'Italia per meriti scientifici, civili e sociali. Congratulazioni sentite.

Il prof. Umberto Carpi, che lascia a Lugano un gratissimo ricordo di sè per la sua attività professionale e per l'opera di profilassi contro la tubercolosi, chiamato ora in qualità di primario medico all'Ospedale Maggiore di Milano, è nominato commendatore della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE.

XIV Congresso Nazionale d'Idrologia e Climatologia.

Come è noto, su proposta dell'illustre professor Giuffrè e coll'entusiastica accettazione dell'on. Sindaco di Palermo, il Congresso di Castellammare, nell'ottobre 1921, deliberava di riunire i soci dell'Associazione d'Idrologia, i simpatizzanti e quanti hanno a cuore il divenire Climatico e Balneare della Sicilia e dell'Italia, a Palermo nella primavera del 1923.

Il Comitato che deve attendere alla preparazione del Congresso è presieduto dal prof. Giuffrè, ed ha iniziato i suoi lavori.

L'attesa per questo Congresso è grande e nelle riunioni parziali tenute in queste ultime settimane a Milano, Firenze, Montecatini si sono predisposte intese per la più felice riuscita del Congresso, che contribuirà alla valorizzazione del patrimonio Balneo-Climatico della Sicilia e del Mezzodì. In ogni capoluogo di Provincia della Sicilia saranno costituiti Comitati provinciali del Congresso Nazionale.

II Congresso Nazionale di storia critica delle scienze mediche e naturali.

Questo Convegno, promosso dalla Società di Storia critica di Scienze mediche e naturali presieduta dal prof. D. Barduzzi di Siena, già fissato dal I Convegno tenuto a Roma nel 1913, avrà luogo dal 24 al 26 settembre in Bologna.

Si rivolge caldo invito ai relatori ed a quanti vi parteciperanno con comunicazioni, ai soci, agli aderenti, di attenersi alle disposizioni del Regolamento, già pubblicato dal Comitato ordinatore di Bologna presieduto dal prof. D. Majocchi, via Giuseppe Petroni, 15.

Rivolgere le richieste di iscrizione sollecitamente al segretario generale prof. Raffaello Gurrieri, piazza Aldrovandi, 11 - Bologna.

X Riunione della Società Italiana di Patologia

Il Comitato ordinatore rende noto che la X riunione sarà tenuta a Padova, nell'Istituto di Patologia Generale della R. Università, dal 10 al 12 ottobre.

Si prega di inviare alla Segreteria della Società (Istituto di Patologia Generale, via Loredan, n. 8) il titolo delle comunicazioni scientifiche che s'intendessero presentare, indicando di quali mezzi di dimostrazione si ha bisogno.

Far pervenire alla predetta Segreteria la quota di inscrizione in L. 25.

La Croce Rossa Italiana premiata.

La Croce Rossa Italiana è stata insignita della medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica « in premio dell'opera complessa che la benemerita Istituzione ha spiegato durante la guerra nell'adempimento del principale tra i compiti del suo Istituto, quello della organizzazione dei servizi sanitari presso l'Esercito in guerra, ed ha spiegato in passato e continua a spiegare con diuturna fervida attività, cooperando alla lotta contro le malattie infettive e particolarmente alla difesa sociale contro la tubercolosi e la malaria ».

Il Corpo delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa Italiana ha ottenuto la medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica « in segno solenne della gratitudine del Paese per l'opera pietosa ed illuminata spiegata dalle infermiere durante la guerra nell'assistenza dei nostri soldati, malati e feriti, sia nella zona di guerra sia in territorio ».

Esposizione Internazionale di Rio Janeiro.

In nessun Paese del Mondo la Scienza e l'Arte sanitaria italiana si erano tanto affermate come nel Brasile.

Sul vasto territorio di questo ricco Paese, in continuo sviluppo demografico, si calcola che vi siano più di mille medici e chirurgi italiani tra cui moltissimi di alta reputazione.

Può anche calcolarsi un egual numero di farmacisti; circa cinquecento ostetriche ed un centi-

naio di veterinari. È anche da segnalare che tra i funzionari del Ministero di Agricoltura dello Stato di S. Paolo e di qualche altro Stato vi sono due o tre fitopatologhi e cioè biologi che studiano e curano le malattie delle piante. Ai sanitari sopra elencati si debbono aggiungere i numerosi figli di Italiani laureati o diplomati nelle Università del Brasile.

Constatato il successo così brillante della scienza medica italiana nel Brasile, ne consegue che questo è un mercato di primo ordine per le specialità medicinali e per il materiale sanitario italiano.

Sarebbe perciò opportuno che tutti i fabbricanti di specialità farmaceutiche, ferri chirurgici, materiale sanitario ed apparecchi ortopedici non trascurassero di partecipare all'Esposizione di Rio de Janeiro che sarà inaugurata il 7 settembre del corrente anno.

Per gli opportuni schiarimenti rivolgersi al regio Commissariato per l'Esposizione del Brasile a Torino, via Ospedale, 28.

Difesa sociale contro i portatori di malaria.

Il sen. Grassi ha interrogato il ministro dell'Interno se non sia tempo di autorizzare gli ufficiali sanitari a far allontanare dai luoghi malarici durante la stagione epidemica i pochi individui infetti, i quali si rifiutano di sottoporsi alla cura prescritta dal medico, venendo così a creare sempre nuovi focolai di infezione e a frustrare i buoni effetti di qualunque lotta antimalarica.

Onoranze al prof. Barduzzi.

Il 4 luglio sono state tributate solenni onoranze al prof. Domenico Barduzzi, in occasione del suo collocamento a riposo per limiti d'età e del cinquantenario della sua laurea.

Nell'aula magna dell'Ateneo senese convenne una folla di studiosi e di personalità spiccate, il prefetto, il sindaco, tra cui i proff. Romiti e Sacerdoti da Pisa, ecc. Tra le numerose adesioni erano quelle del presidente del Consiglio Facta e del ministro Anile.

Parlò primo il rettore prof. Fragnito, il quale rilevò che il Barduzzi della vita ha fatto un esercizio disinteressato delle più nobili virtù umane, tutta dedicata agli studi, all'insegnamento, all'incremento delle istituzioni civili e degli ordinamenti scolastici, alla tutela e allo sviluppo dell'Università. Lo additò quale esempio del come la scienza possa essere coltivata per se stessa, per il bene che può fare agli altri, anche quando ai suoi cultori non riserbi che la gioia unica di una verità conquistata o intravista.

Parlarono poi il preside della Facoltà medica, prof. Tiberti, il quale lesse una chiara esposizione della vita scientifica del Barduzzi, cui presentò una splendida medaglia d'oro, con il sigillo storico dell'Università; il sindaco di Siena, che mise in evidenza l'opera di cittadino; il prof. Monturchi per il paese nativo, Brisighella; il prof. Ottolenghi, per la Scuola di chimica e farmacia; l'avv. Ricci; il prof. Remedi, che in nome dell'Ordine offrì un calamaio d'argento con penna stilografica e una pergamena; il prof. Marocco che per i liberi docenti offrì un ferma-carte in oro ed una pergamena; il prof. Ercoli; il sig. Pucci; rispose il prof. Barduzzi, esprimendo la suo commossa riconoscenza.

Gli studenti dell'Università hanno fatto omaggio al Barduzzi di una bella pubblicazione in cui hanno raccolto tutti gli elementi storici della vita dell'illustre professore, ch'egli spese in mezzo a lotte impari e ad ostacoli sconfortanti, riuscendo sempre vittorioso pel progresso della scienza e pel bene della gioventù e della Patria.

Il Barduzzi è stato nominato professore emerito dell'Ateneo senese.

Il dott. E. Villa.

Il dott. Enrico Villa, direttore de «*L'Avvenire Sanitario*», ha lasciato, per aver raggiunto il limite di età, l'ufficio di Medico Capo delle Ferrovie dello Stato, che egli disimpegnava a Milano.

Se l'Amministrazione ferroviaria perde un intelligente e colto funzionario, guadagnano, per la maggior attività che il dott. Villa potrà loro dare, le organizzazioni professionali ed il giornalismo medico, di cui egli è valoroso campione.

Liberalità di un collega.

Il valente collega comm. Luigi Tirone, ufficiale sanitario di Agnone (Campobasso), in occasione di una festa fattagli dalla cittadinanza, presente il R. Provveditore agli studi, prof. Scaglione, per la consegna di una medaglia d'oro assegnatagli dal Ministero della P. I. per speciali benemerenze nell'insegnamento scientifico (egli è apprezzato professore di scienze fisiche e naturali nella locale R. Scuola Tecnica) ha mandato all'Asilo Infantile pei figli poveri dei morti in guerra L. 1000, ed ha donato alla Scuola tutto il ricco e raro materiale scientifico accumulato in 34 anni, a suo spese, nel Gabinetto di scienze, materiale che, secondo persone tecniche, ora ha un valore che sorpassa le lire centomila.

Nella stampa medica.

La «Rivista di Terapia Moderna» rivede la luce dopo una lunga interruzione cagionata dalla guerra; è diretta dal dott. Luigi Zoia e curata dal dott. P. Piccinini. In buona parte è consacrata a valorizzare la «forgenina», ma contiene articoli di farmacologia e di terapia generali e speciali e un ricco notiziario che interessano tutti i medici. Augurii.

Per somministrazione e commercio abusivo di cocaina.

Il Tribunale di Milano ha comminato, fra altre condanne, le seguenti: 1 mese di detenzione, 2 di sospensione dall'esercizio professionale e 375 lire di multa ai farmacisti Francesco Fazio e dott. Azzo Vatta; 2 mesi di sospensione e 250 lire di multa al farmacista Carlo Bruschi e ad Armando Fiorini, commerciante in droghe e medicinali; 3 mesi di sospensione e 375 lire di multa a Emilio Risch, rappresentante in medicinali.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Soc. Méd. d. Hôp., 13 apr. — F. RAMOND. Sull'autoemoterapia nelle malattie infettive a forma cronicizzante. — ONDARD e JEAN. Reazione epatica nella malattia da siero. — C. AUBERTIN. Il torio X nel reumatismo cronico. — D'OELSNITZ, DUPLAY e CARCOPINO. La sieroterapia delle polmoniti acute. — F. LAPORTE e E. ROQUES. Febbre di tipo ondulante in una epatite amebica. — V. DE LAVERGNE. Localizzazione rettale della simbiosi fuso-spirillare nella dissenteria amebica.

La Med. Ital., apr. — L. FERRANNINI. I microbi utili. — E BERTARELLI. Il batteriofago nella biologia e nella medicina.

Anales de la Faculdad de Med., Montevideo, mar. — F. SOCA. Polinevriti emetiniche.

— apr. — J. MONTES PAREJA. Emoglobinuria parossistica corretta dall'opoterapia endocrina. — F. NAVARRO. Lussazioni del carpo.

— mag. — L. BOTTERO e C. STAJANO. Occlusioni intestinali da calcoli biliari.

La Clinica Ostetr., 30 apr. — F. LA TORRE. Pelvotomia; intorno al valore terapeutico dell'ingrandimento temporaneo e permanente dei bacini viziati.

Revue Neurologique, mar. — D. DANILIEPOLU, A. RADOVICI e A. CARNIOL. Riflessi viscero-motori, cutaneo-viscerali e oculo-viscero-motori. — C. ORZECHOWSKY. I piccoli segni della paresi dei muscoli interossei.

L'Evolution Méd.-Chirurg., mag. — Numero sulle stazioni idro-minerali francesi.

Bull. Acad. de Méd., 2 mag. — L. BERNARD. Le Case di maternità. — H. HARTMANN e D. PETIT-DUTAILLIS. Gli esiti remoti della colecistectomia.

Biochim. e Ter. Sperim., 30 apr. — G. MARCIALIS. La reazione urinaria di Sgambati nelle infezioni peritoneali acute.

Zbl. f. inn. Med., 13 mag. — G. FORTWAENGLER. La ricerca del sangue col piramidone.

Acta Medica Scandinava, IV. — R. TIGERSTEDT. Psicotecnica del pianoforte. — H. LUNDBORG. L'Istituto di Stato Svedese per la biologia delle razze — H. FEDERLEY. Metodica del mendelismo in rapporto all'uomo. — A. JOHNSON. Il diabete renale. — E. ENROTH. Depressione rafrattometrica transitoria nel diabete mellito. — O. MUSTELIN e altri. Sull'anemia perniciosa.

Presse Méd., 13 mag. — P. DUVAL. La chirurgia intratoracica unilaterale a pleura libera.

Quaderni di Psichiatr., mar.-apr. — A. SALMON. Organi subcorticali e corticali ed emotività morbosa.

Lancet, 13 mag. — F. J. SAUNDLER. Insufficienza endocrina ed affezioni intestinali croniche.

Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e d. Pelle, II. — Processi verbali delle sedute della riunione della Società Ital. di Dermatologia e Sifilografia.

Riv. Ospedaliera, 15 mar. — A. LESI. Appendicite familiare. — G. GIORGI. Plastica della dura madre.

Münch. Med. Wochens., 12 mag. — H. E. HERING. Disposizione e costituzione. — R. CORDS. Il problema del nistagmo. — G. SCHMIDT. Erronee localizzazioni del dolore in chirurgia. — BRINKMANN. Clinica della periarterite nodosa.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 31 Luglio 1922 — Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO - DIVISIONE MEDICA
diretta dal Primario prof. V. RONCHETTI.

Dissociazione albumino-leucocitaria nel liquido cefalo-rachidiano e sua importanza diagnostica.

Dott. prof. PIERO BOVERI

Membro corrispondente della Società di neurologia di Parigi.

Poche malattie del sistema nervoso offrono al clinico una sintomatologia così varia e complessa quali le neoplasie delle meningi.

Dai quadri più clamorosi, per manifestazioni gravi e persistenti di moto e di senso e della riflettività, si può discendere fino ad alcuni quadri silenziosi, nei quali una sindrome frusta, scarsissima, non permette che delle presunzioni diagnostiche.

È facile il comprendere come in realtà i fenomeni si svolgono in mezzo a molte incertezze, quando si pensi che i sintomi dipendono oltrechè dalla natura, anche, ed in modo preponderante, dalla sede e dal volume della neoplasia.

Una ricerca che nei casi oscuri ci apporta una vera luce per la diagnosi è quella che si riferisce all'esame del liquido cefalo rachidiano. E sopratutto sono importanti alcune reazioni meningee, quando esse vengono studiate dal punto di vista dei *reciproci rapporti di parallelismo o di deviazione* che esse hanno fra di loro.

È noto che nelle malattie che offrono di regola un risentimento meningeo, l'aumento di albumina nel liquor va di pari passo con un aumento del numero dei leucociti che in esso

sono contenuti, onde si può parlare di un vero parallelismo albumino-leucocitario.

Or bene, accade in alcuni casi, che questa armonia di comportamento fra l'albumina e gli elementi cellulari non si avvera, onde ne consegue una deviazione, un disaccordo, una *dissociazione albumino-citologica.*

La prevalenza può essere a volte in rapporto con l'albumina, altre volte a carico degli elementi figurati.

Spetta a Sicard e Foix il merito di avere per i primi attirato l'attenzione su di una siffatta constatazione e di averne dimostrata l'importanza diagnostica nel morbo di Pott.

Questi autori studiarono nel 1910 le reazioni del liquor nelle pachimeningiti Pottiane. Essi stabilirono una triplice graduazione di sindrome umorale pottica, cioè minima, media e massima a seconda che il liquor è chiaro o xantocromico, più o meno iperalbuminoso, con linfocitosi assente o leggera, con mancanza o presenza di albuminosi, con glicosi normale o diminuita, con o senza emolisi.

Il fatto costante però è il *segno della dissociazione,* per il quale, a lato di una iperalbuminosi rachidiana, si nota una penuria e talvolta anche una assenza completa di elementi cellulari.

I fenomeni constatati da Sicard e Foix vennero in seguito confermati da molti altri autori (Nonne e Rawen, Dufour e Meiresse, Derrien, Euzière e Roger, Guillain, Barré e Strohl, ed altri).

Salin e Reilly riprodussero anche sperimentalmente la sindrome della dissociazione albumino-citologica per iperalbuminosi del liquido cefalo-rachidiano, provocando nel cane una compressione midollare da pachimeningite tubercolare.

Recentemente Ayer, di Baltimora, iniettando paraffina nello spazio epidurale del gatto, ottenne la stessa dissociazione nel liquido cefalo rachidiano.

A lato delle forme da compressione meningea da morbo di Pott, sono da annoverare quelle da neoplasma intra od extra-midollare.

In questi casi, si possono incontrare per così dire tutte le gradazioni di alterato contenuto proteinico del liquor, alterazioni che vanno dalla iperalbuminosi semplice alla coagulazione massiva con xantocromia, cioè a quelle forme gravi ed imponenti designate col nome di *Sindromi di Froin.*

In una particolare forma morbosa noi potemmo, qualche anno dopo del Sicard, riscontrare la dissociazione albumino-leucocitaria in casi fino allora non sospettati e che non presentavano altri segni clinici tangibili.

Si trattava di malati di *saturnismo cronico* ed è noto quale predilezione abbia il piombo per il sistema nervoso in generale.

Così pure alcuni ricercatori hanno riscontrato una dissociazione albumino-leucocitaria per ipercitosi o più di rado per iperalbuminosi, nella paralisi progressiva, nella *lues cerebri,* nella tabe (Goutzait).

Però in queste malattie le *differenze sono assai lievi* e mai comparabili a quelle nette e spiccate che si osservano nelle compressioni o nei tumori midollari. D'altro lato, anche i pareri sono su questo punto ancora discordi e non è di queste forme che io intendo qui parlare.

Lo scopo della mia nota è quello di attirare l'attenzione *sul fenomeno dissociazione albumino-leucocitaria per iperalbuminosi, quale sintomo di una neoplasia delle meningi,* neoplasia non localizzata alle meningi spinali (come accade sia primitivamente che — più di frequente — in modo secondario, come metastasi di tumori di altri organi), ma *primitiva delle meningi cerebrali.*

Valga il caso che sto per esporre:

Una donna di 65 anni veniva accolta in ospedale (Sala Sforza) il 5 novembre scorso.

Nell'anamnesi famigliare e remota nessun dato importante. Persona robusta e sana, si era sposata a 25 anni ed aveva avuto dieci gravidanze regolarmente decorse — dei figli cinque sono vivi, quattro morti in tenera età, una figli morta giovane per emorragia da parto. Il marito morto sulla sessantina di carcinoma gastrico. Menopausa a 55 anni e da allora piuttosto malaticcia; frequenti capogiri, cefalea, formicolio agli arti, ronzio agli orecchi.

Da quattro mesi: turbe gastriche, vomiti frequenti, vertigini, sonnolenza. Sei giorni prima di entrare in ospedale, colta dal deliquio, cadeva a terra con perdita di coscienza. Ebbe perdita anche di feci e di urine.

Alla sua entrata in ospedale presentava: temp. 56, polso 84, press. art. 250 (Riva-Rocci)

Stato sub delirante; singhiozzo, nulla all'apparato respiratorio.

All'apparato circolatorio: Cuore aumentato di volume, toni alla punta puri, accentuato il II sulla polmonare. Oscuro ed impuro il primo tono aortico, squillante il secondo.

Addome e visceri addominali nulla di notevole.

Sistema nervoso: Non fatti paralitici, trofismo muscolare buono, riflessi patellari assenti,

non rilevabili i riflessi addominali, riflesso plantare normale, vivace, in flessione, bilateralmente. Sensibilità conservate.

Le urine, prelevate mediante siringazione, davano i seguenti risultati:

giallo arancio.
torbide.
acide.
p. spec. 1020.
albumina: *pres*-gr. 0.20 ‰.
urea gr. 12.81 ‰.
cloruri meno di gr. 2.5 ‰.

non zucchero nè altri componenti anormali.

Nel sedimento: numerose emazie a cerchiello, pochi cilindri jalini ed opachi.

L'esame oftalmoscopico dimostrava uno stato congestizio della retina e della pupila di sinistra.

La sierodiagnosi di Wassermann eseguita tanto sullo siero di sangue quanto sul liquido c. r. dava esito negativo.

Il dosaggio dell'urea, fatto pure comparativamente sul sangue e sul liquido c. r. dava:

urea siero di sangue gr. 0.81 ‰.
» liquido cef. rach. gr. 0.962 ‰.

come si vede *quindi un aumento dell'urea nei due liquidi.*

Ma di particolare interesse riuscivano altre constatazioni a carico del liquido cefalo rachidiano.

Alla puntura lombare il liquor usciva sotto pressione alta, a zampillo. Il suo colore era leggermente xantocromico. La reazione all'acido fenico (reaz. di Pandy) e al permanganato (reazione di Boveri) erano intensamente positive.

La quantità di albumina molto alta, più del 2 ‰ (Rachialbuminometro di Sicard e Cantaloube).

Per contro, l'esame citologico si dimostrava normale, non esisteva linfocitosi, tanto che la cellula di Nageotte dava 0.5 per mm³.

Il liquido, lasciato a sè, rimaneva limpido, trasparente, senza formazione di nessun coagulo fibrinoso.

***

Per quanto si riferisce alla malattia generale che aveva condotta la nostra ammalata in ospedale, l'esame delle orine con la presenza di albumina, di emazie e di cilindri jalini, l'aumento dell'urea tanto nel siero del sangue quanto nel liquido cefalo rachidiano, l'alta pressione arteriosa (250 mm. Hg), i reperti cardiaci, tutti questi sintomi, dico, non potevano lasciare molti dubbi sulla diagnosi.

Ci trovavamo davanti a una forma di *nefrite cronica diffusa, con azotemia* e *coma uremico.*

L'esame del liquor però dava un risultato non comune, e direi quasi imbarazzante.

All'infuori dell'aumento dell'urea, spiegabile con la forma nefritica, esisteva, come abbiamo detto, un liquor sotto pressione alta, tinto leggermente di giallo e che dimostrava una rilevante quantità di sostanze proteiche (più del 2 ‰) mentre il contenuto leucocitario era normale.

Questo è un reperto di eccezione e maggiormente lo diventava nel caso attuale, poichè nulla poteva far sospettare una lesione particolare e localizzata del sistema nervoso.

Per quanto le condizioni gravi della paziente non permettessero un esame minuzioso, pure non vi erano sintomi a focolaio, non manifestazioni di localizzazioni da tumori o compressioni intra od extra midollari, non lesioni ossee vertebrali, non infezione luetica pregressa (sintomatologia silenziosa e Wassermann negative sul liquor e sullo siero di sangue).

L'idea di una compressione sulle meningi ricorreva spontanea alla mente, poichè con una tale ipotesi veniva spiegato il reperto del liquor.

Ma come ammetterla, in mezzo alla più completa oscurità dei sintomi? La paziente non si era mai lamentata di dolori, non aveva mai presentato paralisi o paresi muscolare degli arti, non aveva atrofie, non turbe della sensibilità.

D'altro lato, l'intossicazione uremica, se poteva spiegare una iperalbuminosi leggera del liquor per fatti tossici e per turbe della permeabilità meningea — non riusciva a persuaderci dell'alta percentuale di albumina del liquido, e della xantocromia, per quanto lieve.

L'ammalata venne a mancare dopo cinque giorni di degenza senza avere presentato nessun fatto che potesse dilucidare il punto oscuro riguardo al liquido cefalo rachidiano.

L'autopsia dimostrò:

Antiche aderenze pleuriche bilaterali.

Fibroantracosi delle ghiandole peribronchiali.

Sclerosi dell'apice polmonare destro.

Gravi lesioni arteriosclerotiche dell'aorta ascendente, dell'arco e porzione discendente, senza notevole compartecipazione delle valvole.

Ipertrofia del ventricolo sinistro del cuore.

Ipertrofia e dilatazione della cavità del cuore destro.

Nefrite diffusa cronica.

Reni ancora abbastanza voluminosi ma con capsula aderente, superficie granulosa, sostanza corticale ridotta, torbida, striata. Piccolo adenoma al polo superiore del rene destro, del volume di una piccola avellana.

Tumore meningeo del volume di un uovo di piccione, capsulato; sotto il lobo occipitale di destra.

Corrispondente atrofia della sostanza cerebrale e vasto focolaio di rammollimento bianco-giallo.

Due piccole cisti apoplettiche nei gangli della base di sinistra.

Nulla di notevole agli altri visceri.

L'esame istopatologico dimostrò trattarsi di un *endotelioma molto vascolarizzato.*

* * *

Il reperto del tumore delle meningi cerebrali spiegava la iperalbuminosi del liquor.

Era infatti un reperto *da compressione meningea* quello svelato *intra vitam* con la puntura lombare: Iperalbuminosi con lieve xantocromia senza parallela leucocitosi, la sindrome cioè della dissociazione albumino-leucocitaria per iperalbuminosi rachidea.

Come si intendono oggi l'iperalbuminosi e la xantocromia in simili circostanze?

Secondo la maggioranza degli autori esse stanno ad indicare due ordini di fatti:

1) Una compressione delle meningi con stasi linfatica e venosa, e conseguente passaggio nel liquor delle proteine del plasma sanguigno e dei tessuti.

2) Emorragie leggere che avvengono sia nei tessuti neoplastici sempre molto vascolarizzati, sia intorno ad essi.

Il pigmento ematico dei globuli rossi fuoriusciti si trasformerebbe, in mezzo al nuovo ambiente del liquido cefalo-rachidiano, nei suoi derivati (bilirubina) per un processo di biligenesi locale.

La leucocitosi rachidiana in questi casi mancherebbe perchè qui non si tratta di fenomeni infiammatori od irritativi delle meningi, di grado tale da favorire una notevole diapedesi leucocitaria, ma di fatti prevalentemente meccanici.

Male si comprenderebbe quindi la leucocitosi senza una causa tossica o microbica.

Per contro si danno dei casi, più rari, in cui il fenomeno leucocitosi è il sintoma più saliente nell'esame del liquor mentre il tasso dell'albumina è normale o pressochè normale; *casi quindi di un tipo inverso del primo cioè dissociazione cito-albuminoidea per ipercitosi.*

Eccone un esempio.

Una giovane di 23 anni, di professione impiegata, nubile, entrava in Sala Sant'Andrea il 16 giugno 1920 per pleurite secca tubercolare. Dall'anamnesi familiare risultava, come unico fatto degno di rilievo un fratello morto a 21 anni di meningite tubercolare. I genitori erano viventi e sani.

La ragazza aveva iniziato le mestruazioni a 14 anni e da allora non era stata troppo regolarmente mestruata. Soggetta a ripetute donsilliti era stata operata nel 1915 di tonsillectomia.

Successivamente aveva sofferto: di paraplegia transitoria in seguito a caduta; di una forma diagnosticata meningite cerebro-spinale, e nel 1919 era stata operata di appendicite.

Pure nel 1919 aveva avuto un attacco di influenza.

In ospedale si lamentava di dolori alle spalle, debolezza generale, inappetenza. Era dimagrita (diceva di aver perduto 5 kg. di peso in un mese) aveva leggera tosse con scarso escreato muco-purulento, facilità a sudare.

La temp. fra i 36.7 e 37.4.

All'esame dell'apparato respiratorio si notava aumento del fremito vocale tattile alla regione sopraspinosa di sinistra con notevole smorzatura plessica. Inoltre si ascoltavano diffusi crepitii pleurici nelle regioni sopra e sottospinose dello stesso lato con qualche rantolo scarso a piccole bolle.

La ricerca del bacillo di Koch nello sputo era negativa.

Il resto dell'esame in rapporto circolatorio e ai visceri addominali dava risultato negativo; la cutireazione con tubercolina umana nettamente positiva dopo 24 ore.

Le cose stavano a questo punto quando una sera, improvvisamente, l'ammalata venne colta da brivido intenso, con forte cefalea, dolore alla nuca e lungo il rachide, vomito. La temperatura era salita a 40.8. Al mattino era ancora 39.5.

Vi era iperalgesia ai punti di emergenza del quinto; assai dolenti i movimenti al collo; accenno manifesto a Kernig.

Non iperestesia cutanea, non differenze pupillari. Il polso batteva 140, ritmico.

Si eseguisce la puntura lombare ed ecco il risultato:

Liquido sotto pressione evidentemente aumentata, in colore, limpido. Nessuna formazione di reticolo. Reazione al solfato di ammonio ed al permanganato appena debolmente positive. Glucosio aumentato.

Alla cellula di Nageotte circa 100 linfociti per mmc. Wassermann sul liquido negativa; sullo siero di sangue dubbia (emolisi incompleta).

Nulla nelle orine.

Il giorno dopo persistevano la cefalea forte, il vomito ed uno stato di subcoscienza.

Persisteva rigidità della nuca.

La temperatura era diminuita a 37.2. Il polso 96.

Due giorni dopo: Sensorio sveglio, minore la cefalea. Persiste rigidità della nuca.

Dermografia: Non Kernig, non Brudzinski, Rotulei normali. P. 112.

Esame oftalmoscopico: negativo.

In 5 o 6 giorni i fenomeni si acquetarono, la temperatura ritornò pressochè normale, il sensorio integro, il vomito scomparve. Solo rimasero la cefalea (a volte assai intensa) la rigidità e la dolentatura alla nuca.

Una radiografia eseguita appena le condizioni dell'ammalata ne permisero il trasporto, dopo una quindicina di giorni, dimostrò una osteite della I vertebra cervicale.

Una seconda sierodiagnosi di Wassermann, eseguita dopo qualche tempo sullo siero di sangue diede *risultato nettamente positivo.*

Si istituì allora una cura mercuriale e quindi una cura arsenicale. Le condizioni generali si fecero assai buone, aumentò di peso, scomparvero i disturbi soggettivi ed oggettivi a carico della porzione alta della colonna cervicale, tanto da potersi considerare guarita da queste manifestazioni.

***

A nessuno, credo, sfuggirà l'interesse dei due casi che ho rapidamente descritto e l'alto valore clinico del fenomeno dissociazione albumino-leucocitaria del liquor.

Le due osservazioni si contrappongono in modo veramente suggestivo.

Nel primo caso — una donna con nefrite cronica in coma uremico — abbiamo un liquido fortemente iperalbuminoso con assenza completa di leucocitosi. Il fatto, poco spiegabile in vita, ci viene chiarito dalla autopsia, la quale dimostra l'esistenza di un tumore meningeo in corrispondenza del lobo occipitale destro; tumore svoltosi silenziosamente o quanto meno senza sintomi appariscenti.

Nel secondo caso, una giovane donna accolta in ospedale per pleurite secca apicale del polmone sinistro, presenta d'emblé una sindrome meningea, che però rapidamente scompare.

Si fa una puntura lombare e ne esce un liquido sotto pressione aumentata, perfettamente limpido, con contenuto proteinico normale, mentre esiste una forte linfocitosi. Si pensa dapprima ad una forma tubercolare, dato il terreno organico su cui si sviluppa questa nuova sindrome, ma una sierodiagnosi di Wassermann che riesce dubbia sul sangue — quantunque fosse negativa sul liquido — fa sospettare una infezione sifilitica.

Si ripete a distanza di tempo la sierodiagnosi di Wassermann sul sangue e questa volta il risultato è nettamente positivo.

La radiografia fa rilevare, a quanto dicono gli esperti, una osteite della prima vertebra cervicale.

Una cura mercuriale ed arsenicale appropriata riconduce l'ammalata alle sue condizioni primitive, ed il decorso ulteriore, per la scomparsa completa e duratura dei sintomi meningei, per il miglioramento delle condizioni generali dell'ammalata, dimostra che il focolaio luetico è stato vinto.

Questi *due tipi di dissociazione* trovano dunque come fattore patogenetico due cause diverse.

Nel primo caso, vi è un ostacolo di indole per così dire meccanica che si oppone alla normale circolazione cefalo-rachidiana del liquor (tumore). Esistono verosimilmente fatti di compressione, di stasi da cui deriva una trasudazione sierosa con conseguente iperalbuminosi. Mancano fenomeni reattivi di una certa entità (di ordine tossico od infettivo): manca quindi la linfocitosi.

Nel secondo caso invece una infezione luetica latente si localizza con imponenza di sintomi sulla meninge e sul periostio corrispondente alla prima vertebra cervicale.

Il fatto infiammatorio acuto è causa di un pronto contraccolpo sul liquido cefalo-rachidiano e noi assistiamo ad un rapido insorgere di una forte leucocitosi mentre la quantità di albumina del liquor non subisce alterazioni.

Gli è che la lesione sifilitica si inizia primitivamente dalle arteriole meningee; sono i vasi piali meningei infiammati che provocano un repentino afflusso leucocitario nel liquor spinale.

Dobbiamo qui domandarci se la forma di meningo-osteite cervicale non avesse una etiologia tubercolare. Noi scartiamo questo modo di vedere:

per il modo di insorgere acuto della sindrome;

per la positività della Wassermann;

per il risultato terapeutico favorevole e risolutivo dell'affezione;

per l'esame del liquor stesso, in modo particolare per la forte linfocitosi senza corrispondente iperalbuminosi, mentre di solito nelle forme tubercolari in simili casi esiste parallelismo più o meno pronunciato; le reazioni sono meno imponenti perchè il processo è più lento e meno tumultuoso.

Le osservazioni simili alle nostre sono rare. Ma l'interesse dei casi deriva non tanto dalla rarità della osservazione quanto da qualche insegnamento pratico che se ne può trarre.

Io tralascio qui, volutamente, tutte le ipotesi e le discussioni che la patogenesi delle due sindromi potrebbe suggerire per attenermi soltanto ai fatti clinici.

Innanzi tutto importa far rilevare il *grande valore semeiologico della dissociazione* albumino-leucocitaria del liquido cefalo-rachidiano.

Le iperalbuminosi di grado elevato, senza leucocitosi corrispondente, pure in mezzo ad una sintomatologia oscura od anche silente, deve farci pensare alla *eventualità di una compressione lenta*, in rapporto alle meningi sia spinali, sia anche cerebrali, come nel caso nostro.

Al contrario la ipercitosi senza iperalbuminosi corrispondente è l'espressione di un processo infiammatorio, irritativo, acuto, di ordine tossico od infettivo, più frequentemente di natura luetica, che si svolge a carico delle meningi, per così dire entro il liquor cefalo-rachidiano.

Credo superfluo aggiungere che queste particolari alterazioni del liquor non autorizzano *da sole* a nessuna diagnosi; anzi esse possono mancare nell'uno o nell'altro caso e non sono per nulla patognomoniche.

Però nei casi dubbi ed anormali, la loro presenza costituisce un criterio di grande valore, il quale, unito alla accurata osservazione del malato, potrà esserci di guida e di orientamento nella diagnosi.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA
diretta dal prof. A. DUCREY.

Sulla cura contemporanea della sifilide con la miscela " Neosalvarsan - Cyarsal ,,.

Dott. SAVERIO CARABELLESE, assistente volontario.

Il Linser nel 1919 affronta per primo il tentativo di una cura combinata Hg.-Salvarsan in un tempo: egli inietta per via endovenosa contemporaneamente una miscela di soluzione di neosalvarsan e di soluzione di sublimato all'1 per cento. Dal nuovo metodo egli ottiene e pubblica risultati soddisfacenti, riguardanti sopratutto la rapida scomparsa delle manifestazioni specifiche e l'influenza favorevole sulla reazione di Wassermann.

I suoi entusiasmi sono condivisi da successivi esperimentatori, quali Bruck, Gutmann, Holzäuser, Ziru, Schönfeld, Tolleus, Oelze, Zieler, Bennigson, Treitel, Bruhns, Schmalz, Kerbeck. Alcuni anzi pubblicano delle statistiche comparative dei risultati ottenuti colla comune cura mista e con la modificazione del Linser, dalle quali i progressi terapeutici della nuova tecnica appaiono degni di nota e addirittura sorprendenti. La miscela del Linser ha però degli inconvenienti: il miscuglio delle due soluzioni dà luogo ad un precipitato nero, denso, che disturba la tecnica della iniezione endovenosa, ed espone al rischio di trombose venose, per quanto il Linser non dia a queste ultime alcun peso. La sua audacia però non è accettata dagli altri, che, convinti d'altra parte dell'efficacia del metodo, si preoccupano della ricerca di un preparato mercuriale, esente dagli inconvenienti del sublimato. Così il Bruck e il Becker lo sostituiscono col « Novasurol », il Kerbeck con la « Embarina »... ma l'opacità sempre crescente del primo miscuglio, il carattere schiumoso del secondo costituiscono ancora delle difficoltà, che paiono finalmente sorpassate coll'uso di un nuovo composto mercuriale solubile, preparato dalla Casa Riedel, il « Cyarsal ».

Il Cyarsal (CN. Hg. C_6H_3OH COOK) è il sale potassico di un acido ossibenzoico, nel cui nucleo si trova legato il Hg.; esso contiene il 46 per cento di Hg.

Vien messo in commercio in fiale da cc. 2,2, contenenti 2 ctg. di Hg. metallico.

Mescolando nella stessa siringa la soluzione di Neosalvarsan e quella di Cyarsal, si ottiene una miscela perfettamente limpida; solo dopo un minuto si forma un leggerissimo intorbidamento, che però non abolisce la trasparenza.

La tecnica dell'iniezione endovenosa è la comune: nella siringa contenente già la soluzione di Neosalvarsan, si aspira la quantità voluta di Cyarsal e si inietta il miscuglio secondo la norma.

I precedenti esperimentatori consigliano una dose costante di gr. 0,45 di Neosalvarsan e di Cyarsal 1/2, 1, 1 1/2, 2 cc. progressivamente, continuando poi con questa ultima dose, fino a raggiungere un massimo di gr. 6 di Neosalvarsan e di ctg. 20 di Hg.

Nei primi ammalati da me trattati tenni in massima questa condotta, riducendo a volte la dose iniziale per indicazioni speciali. Successivamente, dopo alcune iniezioni di gr. 0,45 di Neosalvarsan, raggiunsi progressivamente la dose di gr. 0,90, sia per la tolleranza ottima, sia per sottoporre gli ammalati, per necessità trattati tutti ambulatoriamente, e così proclivi a sottrarsi al trattamento non appena guariti delle manifestazioni in atto, ad un numero minore di iniezioni.

In media feci delle serie di sette iniezioni, una ogni settimana, raggiungendo un totale di gr. 4 di Neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal, pari a 11 ctg. di Hg. metallico. In alcuni infermi in serie di 9 iniezioni iniettai un massimo di gr. 5,40 di Neosalvarsan e di 15 ctg. di Hg.

Sottoposi finora al trattamento con la miscela Neosalvarsan-Cyarsal 46 infermi e, come già dissi, tutti ambulatoriamente. Di questi alcuni si sottrassero precocemente alla cura, altri la continuano presentemente.

Per ora mi limito ad esporre i risultati ottenuti soltanto in quei pazienti, che subirono un trattamento più o meno completo.

OSSERVAZIONE I. — P. V. Sifilosclerosi nodulo-erosiva della regione del frenulo. Pleiade satellite biinguinale. Lesione datante da circa 20 giorni. R. W., negativa.

Dal 15 gennaio 1922 al 5 marzo si praticano sette iniezioni endovenose raggiungendo un totale di gr. 4,20 di neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal (Hg. ctg. 11). La lesione iniziale ripara dopo la 2ª iniezione. R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE II. — Cian. Ezio. Sifilosclerosi nodulo-ulcerosa del solco balano-prepuziale. Pleiade satellite biinguinale. Lesione datante da 28 giorni. R. W. = + +

Dal 28 dicembre 1921 al 29 gennaio 1922 si praticano sette iniezioni endovenose, raggiungendo un totale di gr. 4.05 di Neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal. La lesione cicatrizza dopo 3 iniezioni.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE III. Gam. Generoso. Sifilosclerosi nodulo-erosiva del solco balanico. Pleiade satellite biinguinale. Lesione datante da 22 giorni. R. W. = negativa.

Dal 22 dicembre 1921 al 22 gennaio 1922 si praticano 5 iniezioni endovenose, iniettando un totale di gr. 1,80 di neosalvarsan e di cc. 7 di Cyarsal. Dopo la 2ª iniezione compare una leggera albuminuria, che tende ad aumentare successivamente (0,70 ‰), per cui si sospende il trattamento.

La lesione ripara dopo la 2ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE IV. — Scar. Pietro. Sifilosclerosi papulo-erosiva del solco balanico. Pleiade satellite biinguinale. Lesione datante da 15 giorni. R. W. = negativa.

Dal 27 dicembre 1921 al 5 febbraio 1922 si praticano sette iniezioni endovenose, raggiungendo un totale di gr. 3,75 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal. La lesione ripara dopo 2 iniezioni.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE V. — Ang. Angelo. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi residuale della lamina interna del prepuzio. Pleiade satellite inguinale sinistra. Sifiloderma roseolico del tronco e degli arti. Ammalato da 35 giorni.

R. W. = + +

Dal 16 ottobre 1921 al 19 dicembre 1921 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 3,45 di neosalvarsan e cc. 8 1/2 di Cyarsal. Il sifiloderma scompare dopo la 1ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE VI. — Col. Ubaldo. Sifilide secondaria. Sifiloderma papuloso diffuso. Panadenopatia.

R. W. = + + +.

Dal 16 ottobre 1921 al 12 gennaio 1922 si iniettano in una serie di 9 iniezioni endovenose gr. 3,90 di neosalvarsan e cc. 12 di Cyarsal. Il sifiloderma scompare dopo la 2ª iniezione, lasciando posto ad una pigmentazione residuale.

R. W. = + +.

OSSERVAZIONE VII. — Fru. Vito. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi residuale del solco balanico. Sifiloderma roseolico diffuso. Scarsi elementi pustulocrostosi del capillizio e della fronte in via di regressione. Panadenopatia. Ammalato da 50 giorni.

R. W. = + + +.

Dal 9 ottobre 1921 al 20 novembre 1921 si praticano 7 iniezioni endovenose, raggiungendo un totale di gr. 3,85 di neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal. Gli elementi pustulo-crostosi guariscono dopo la 1ª iniezione, mentre il sifiloderma roseolico si mostra particolarmente tenace e scompare solo dopo 6 iniezioni. Dopo la prima iniezione si ha una reazione termica. (T. 38) durata poche ore.

R. W. a fine cura = + + +

OSSERVAZIONE VIII. — Luc. Dario. Sifilide secondaria. Placche mucose opaline tonsillari e dei pilastri. Papule umide erosive del solco balanico. Panadenopatia. R. W. = + + +.

Dal 15 ottobre 1921 al 27 novembre 1921 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 3,60 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal. Le lesioni tonsillari e genitali guariscono dopo la 1ª iniezione. Ascesa termica lieve di breve durata (T. 37.8) si ha dopo la 1ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE IX. — Jaf. Vincenzo. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi residuale del bordo prepuziale. Sifiloderma roseolico del tronco. Placche mucose opaline tonsillari. Albuminuria secondaria. Panadenopatia. Ammalato da 2 mesi. R. W. = + + +.

Dal 21 novembre 1921 al 2 gennaio 1922 si praticano sette iniezioni endovenose con un totale di gr. 3,60 di neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal. Il sifiloderma e le lesioni tonsillari scompaiono dopo la 1ª iniezione. L'albuminuria migliora dopo la 1ª e si dilegua completamente dopo la 2ª iniezione, rivelando la sua natura specifica.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE X. — Bald. Libero. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi nodulo-erosiva del solco balanico. Pleiale satellite biinguinale. Sifiloderma roseolico del tronco. Panadenopatia. Ammalato da 50 giorni.

R. W. = + + +.

Dal 22 novembre 1921 al 22 gennaio 1922 si iniettano in una serie di 9 iniezioni endovenose gr. 4,50 di neosalvarsan e cc. 15 di Cyarsal. La lesione iniziale ripara dopo la 1ª iniezione; il sifiloderma scompare completamente dopo la 2ª.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XI. — Cap. Luigi. Sifilide secondaria. Placche mucose subulcerose tonsillari. Panadenopatia. R. W. = + + +.

Dal 18 dicembre 1921 al 5 febbraio 1922 si praticano 8 iniezioni endovenose, iniettando un massimo di gr. 4,95 di neosalvarsan e di cc. 13 di Cyarsal. Le lesioni tonsillari guariscono dopo la 1ª iniezione.

R. W. a fine cura = + +.

OSSERVAZIONE XII. March. Bindo. Sifilide secondaria. Osteo-periostite della faccia interna della tibia sinistra. Micropoliadenopatia. Affezione datante da circa 2 mesi. R. W. = + + +.

Dal 15 gennaio 1922 al 26 febbraio 1922 si praticano 7 iniezioni endovenose, iniettando un totale di gr. 4,20 di neosalvarsan e di cc. 11 di Cyarsal. La tumefazione della tibia è ridotta di oltre la metà dopo la 2ª iniezione; dopo la 5ª non rimane che un residuo ampio quanto un pisello.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XIII. — Camp. Antonio. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi nodulo-ulcerosa del bordo prepuziale. Pleiade satellite inguino-crurale destra. Sifiloderma roseolico del tronco. Albuminuria secondaria. Ammalato da 2 mesi.

R. W. = + + +.

Dal 22 gennaio 1922 al 19 marzo 1922 si iniettano in una serie di 9 iniezioni endovenose gr. 5,40 di neosalvarsan e cc. 15 di Cyarsal. Il sifiloderma scompare dopo la 1° iniezione; la lesione iniziale cicatrizza dopo la 2ª; l'albuminuria si dilegua completamente dopo 2 iniezioni.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XIV. — Pal. Galileo. Sifilide secondaria. Sifilosclerosi nodulo-erosiva del solco balanico. Pleiade satellite biinguinale. Sifiloderma roseolico del tronco e degli arti. Panadenopatia. Ammalato da 40 giorni. R. W. = = + + +.

Dal 2 gennaio 1922 al 12 febbraio 1922 si praticano 7 iniezioni endovenose, iniettando gr. 4,05 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal. La sifilosclerosi ripara e il sifiloderma scompare dopo la 1ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XV. — Bar. Eugenia. Sifilide secondaria. Sifiloderma eritemo-papuloso del tronco e degli arti. Papule umide ipertrofiche dei cavi ascellari, genitali e perianali. Placche mucose opaline tonsillari. Panadenopatia. Lesioni datanti da circa 2 mesi.

R. W. = + + +.

Dall'11 novembre 1921 al 2 gennaio 1922 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 4,50 di neosalvarsan e cc. 13 di Cyarsal. Dopo la 1ª iniezione le lesioni tonsillari risolvono e gli elementi roseolici scompaiono. Gli elementi papulosi del tronco si dileguano dopo la 2ª iniezione. Le papule umide, ipertrofiche dei genitali e dei cavi ascellari si asciugano e si appiattiscono già dopo la 1ª iniezione; risolvono completamente dopo la 3ª. Dopo la 1ª iniezione si ha reazione febbrile (T. 38) ed Herxeimer, durata 2 giorni.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XVI. — Bem. Antonietta. Sifilide secondaria. Sifiloderma roseolico di ritorno del tronco e degli arti con pochi elementi papulosi. Papule umide ipertrofiche dei genitali e perianali. Placche mucose opaline tonsillari. Albuminuria secondaria. Panadenopatia. Lesioni datanti da oltre un mese. R. W. = = + + +.

Dal 21 gennaio 1922 al 5 marzo 1922 si praticano 7 iniezioni endovenose, iniettando grammi 3,45 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal.

Le lesioni tonsillari risolvono dopo la 1ª iniezione e così pure l'albuminuria; il sifiloderma scompare completamente dopo la 3ª; le papule umide ipertrofiche dei genitali, asciutte ed alquanto appiattite già dopo la 1ª, risolvono completamente dopo la 3ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XVII. — Pett. Alberto. Sifilide terziaria. Elementi nodulo-ulceranti isolati del capillizio e confluenti negli arti inferiori in lesioni dell'ampiezza di una moneta da 5 e da 10 franchi. Micropoliadenopatia.

R. W. = + + +.

Dal 26 novembre 1921 al 10 gennaio 1922 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 4,05 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal. Le lesioni del capillizio cicatrizzano dopo la 2ª iniezione e dopo la 4ª quelle più ampie degli arti inferiori. Dopo la 1ª iniezione ascesa termica (T. 38.6).

R. W. = + + +.

OSSERVAZIONE XVIII. — Bub. Adelmo, Sifilide terziaria. Gomma sottocutanea della bozza frontale sinistra, grossa quanto un uovo di piccione. Micropoliadenopatia.

R. W. = + + +.

Dal 18 dicembre 1921 al 29 gennaio 1922 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 3,60 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal.

L'infiltrato gommoso, ridotto di oltre la metà dopo la 1ª iniezione, si riassorbe completamente dopo la terza.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XIX. — San. Vincenzo. Sifilide terziaria. Elementi papulo tubercolari perianali. Micropoliadenopatia.

R. W. = + + +.

Dal 22 gennaio 1922 al 5 febbraio 1922 si iniettano in una serie di 7 iniezioni endovenose gr. 4,20 di neosalvarsan e cc. 11 di Cyarsal. Gli elementi tubercolari si riassorbono completamente dopo la 2ª iniezione.

R. W. a fine cura: negativa.

OSSERVAZIONE XX. — Dur. Aurelio. Sifilide terziaria. Infiltrato gommoso glandolare grande quanto un uovo di piccione della regione latero-cervicale destra. Panadenopatia.

R. W. = + + +.

Dal 22 gennaio 1922 al 22 febbraio 1922 si praticano 5 iniezioni endovenose, iniettando gr. 3 di neosalvarsan e cc. 7 di Cyarsal. L'infiltrato gommoso è ridotto di oltre la metà dopo la seconda iniezione; dopo la 5ª persiste un residuo della grossezza di un pisello.

R. W. a fine cura: negativa.

Riassumendo. — Le sifilosclerosi papulo- e nodulo erosive guariscono dopo una o due iniezioni, un po' più lentamente quelle ulcerose (3 iniezioni).

I sifilodermi roseolici scomparvero o regredirono notevolmente dopo la 1ª iniezione; in un solo caso (Oss. VII) gli elementi eritematici furono particolarmente ostinati, dileguandosi soltanto dopo 6 iniezioni. Le roseole di ritorno invece regredirono più lentamente (2 o 3 iniezioni).

I sifilodermi papulosi scomparvero dopo due iniezioni; degno di nota il caso VI, in cui una eruzione papulosa diffusa migliorò notevolmente dopo la 1ª iniezione, per dileguarsi completamente dopo la 2ª, lasciando posto ad una pigmentazione residuale.

Rapidamente anche si modificò un sifiloderma acneico follicolare, manifestazioni ordinariamente assai tenaci al trattamento.

Le placche mucose orali e le papule umide dei genitali guarirono appena dopo la 1ª iniezione. Le papule umide ipertrofiche si asciugarono e si appiattirono in gran parte dopo la 1ª iniezione e risolsero completamente dopo la seconda.

Un'osteo-periostite della tibia sinistra (Osservazione XII) si ridusse di oltre la metà dopo la 2ª iniezione.

Rapida fu anche l'influenza sulle manifestazioni terziarie, per quanto un po' più lenta, che su quelle secondarie. Elementi tubercolari risolsero dopo 2 iniezioni; infiltrati gommosi si riassorbirono quasi completamente dopo la 3ª, e vaste ulcerazioni gommose cicatrizzarono anche dopo 3 iniezioni. Ricorderò ancora un seno fistoloso datante da due mesi, residuo di una gomma sopraioidea erroneamente incisa, chiudersi appena dopo la 2ª iniezione; una glossite sclerosante di vecchia data migliorare dopo la 2ª iniezione, tanto che furono possibili piccoli movimenti dell'organo, prima quasi completamente aboliti.

Anche le adenopatie furono favorevolmente e alquanto rapidamente influenzate dalla cura, sopratutto le pleiadi gangliari satelliti.

In tutti i pazienti si notò alla fine del trattamento un sensibile aumento di peso, e il miglioramento nelle condizioni generali fu evidente già dopo poche iniezioni.

L'influenza sulla reazione di Wassermann fu abbastanza favorevole. Nella sifilide primaria un caso sieropositivo (R. W. = + +) divenne sieronegativo dopo la 4ª iniezione; tre casi siero-negativi prima della cura si mantennero tali anche a fine cura.

Nella sifilide secondaria di dodici casi con R. W. + + +, dieci divennero sieronegativi a fine cura; uno si modificò da R. W. + + + a R. W. + +, e uno rimase sieropositivo con R. W. + + +.

Nella sifilide terziaria di quattro casi con R. W. + + +, tre divennero siero-negativi, uno rimase siero-positivo con R. W. + + +.

Tolleranza immediata. — In 46 ammalati trattati non ebbi mai a lamentare nessun incidente spiacevole. All'infuori di qualche rara sensazione gustativa, non si osservarono crisi nitrotoidi, non il minimo fatto congestizio anche fugace, pur avendo adoperato in media come dose iniziale gr. 0,45 di neosalvarsan.

Tolleranza a distanza. — Anche questa fu ottima. In un solo caso si ebbe una reazione di Herxeimer; in pochi ammalati dopo la prima iniezione lievi ascese termiche, durate poche ore; reazioni facilmente comprensibili, quando si pensi alla dose iniziale piuttosto forte di neosalvarsan (gr. 0,45), la quale doveva determinare in sifilidi fiorenti, la massima parte vergini di qualsiasi trattamento, una lisi batterica intensa.

In un solo caso si osservò la comparsa di un'albuminuria durante il trattamento (Osservazione III); laddove albuminurie secondarie migliorarono dopo la prima iniezione e scomparvero completamente dopo la seconda.

Non si ebbero mai stomatiti, non diarree, non esantemi mercuriali.

Nessuna reazione si osservò mai sulla parete venosa; non induramenti circoscritti, non trom-

bosi, tanto che sulla stessa vena si potettero praticare serie di 7-9 iniezioni.

Concludendo, crediamo di poter raccomandare la miscela Cyarsal-Neosalvarsan per i seguenti vantaggi:

1° È di facile applicazione, assolutamente indolora, ben tollerata, per cui può praticarsi ambulatoriamente, come noi facemmo.

2° Ha un'azione assai spiccata sui fenomeni clinici e sulla sieroreazione; rapidità di azione di grande valore nei riguardi della profilassi, e che esercita una influenza benefica sul morale di pazienti impressionabili, come più volte potemmo constatare noi stessi.

3° Offre la possibilità, perchè assolutamente indolore e ben tollerata, di poter praticare a tutti i pazienti la cura mista senza sottoporli a differenti traumatismi; laddove oggi gl'infermi non infrequentemente trascurano il trattamento mercuriale, specialmente a base di preparati insolubili, perchè generalmente doloroso e perchè spesso impedisce, sia per le reazioni locali che generali, di attendere alle proprie occupazioni; senza parlare poi delle forme colliquative da necrosi determinate qualche volta dal mercurio, inconvenienti spiacevoli, che spesso dall'ignoranza dell'ammalato vengono attribuiti all'imperizia o all' incuria del medico.

Vi sono ancora pazienti, in cui anche le iniezioni di preparati solubili di Hg. danno luogo a reazioni locali abbastanza intense; in questi infermi la miscela Cyarsal-Neosalvarsan potrebbe rappresentare una comoda via di somministrazione del Hg., per non sottrarli all'azione benefica di questo medicamento.

4° Ed infine sembrano ridotte ad un minimo le intolleranze al Hg. con la miscela Cyarsal-Neosalvarsan, non infrequenti ad osservarsi nel trattamento per via endomuscolare; e pongo questa affermazione, non basandomi soltanto sui risultati ottenuti nei miei infermi, ma valendomi anche di quelli di altri esperimentatori, che trattarono un numero ragguardevole di ammalati.

Circa l'influenza esercitata dalla miscela Cyarsal-Neosalvarsan sul decorso ulteriore della sifilide dirò soltanto che degli ammalati trattati ne rividi ben pochi dopo due o tre mesi di assenza, in cui non avevano fatto altro trattamento curativo; essi si presentarono in ottima salute, con assenza di manifestazioni cliniche e con R. W. negativa. Tuttavia, non volendomi assumere la responsabilità di una attesa maggiore, ripresi il trattamento antiluetico con preparati solubili o insubili di Hg. E qui ricorderò che due di essi, che avevano tollerato ottimamente la somministrazione della miscela Cyarsal-Neosalvarsan, presentarono alla ripresa della cura, dopo poche iniezioni di bicloruro di Hg. da due ctg. fatte a giorni alterni, rispettivamente una stomatite piuttosto intensa, ed una albuminuria tossica.

Una buona parte degli altri infermi, trattati già da oltre 4 mesi, finora non si è fatta più rivedere; ciò, che ci fa supporre che in questo lasso di tempo essi, o parte di essi, non abbiano avuto recidive almeno cliniche.

Certo una parola sicura potrà dirsi soltanto dopo un'osservazione diligente e prolungata, eseguita su numerosi infermi.

Senza dubbio la quantità di Hg. totale introdotta con la miscela Cyarsal-Neosalvarsan in una tappa curativa è minore di quella, che si introduce, ugualmente in una tappa, con la cura mista abituale di iniezioni di Neosalvarsan e di iniezioni di calomelano o di salicilato di Hg.; tuttavia non possono non aver valore lo stato del medicamento e la via di somministrazione. Infatti i risultati clinici e sierologici ottenuti con la miscela Cyarsal-Neosalvarsan parrebbero dimostrare che per via endovenosa bastino dosi minori di Hg.

BIBLIOGRAFIA.

1. LINSER. *Ueber eine neue kombinierte Salvarsan. Quecksilberananwendung bei der Syphilis.* M. Kl. 1919, H. 41, S. 1026.
2. HOWARD R. C. *Intraven. Injections of Sodium jodide in massive doses in obstinate Syphilis.* American Journal of Syphilis, 1916, S. 550.
3. ZIRU C. *Die Syphilis-Behandlung mit Hg. Salvarsan.* M. m. W., 1920, H. 35, S. 1017.
4. GUTMANN, C. *Ueber die Linsersche Salvarsan-Sublimat Behandlung der Syphilis.* M. kl. W. 1920, H. 34, S. 873.
5. BÜLOW und SCHMIDT. *Ueber die Einwirkung von Hg.-Cl. auf Salvarsan* (Med., Naturw. Verein Tübingen). M. m. W., 1919, n. 38, S. 1099.
6. HAGITTE. *Ueber die intravenöse Behandlung des Syphilis mittels Neosalvarsan und Sublimat.* Dissertation. Leipzig, 1920.
7. BRUCK C. *Ueber Erfolge mit der einreitig kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung der Syphilis nach Linger.* M. m. W., 1920, H. 15, S. 423.
8. HERBECK O. *Einzeitige intravenöse Behandlung der Syphilis mit Embarin und Neosalvarsan.* D. m. W., 1920, H. 48, S. 1334.
9. BRUCK und BECKER H. *Ueber die einzeitig kombinierte Neosalvarsan-Novasulrolbehandlung der Syphilis.* M. m. W., 1920, H. 31, S. 901.
10. ROTHMANN St. *Ueber das Wesen der intravenösen Sublimat-Salvarsaneinspritzung nach Linger.* D. m. W., 1921, H. 3, S. 71.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE MAGGIORE S. GIOVANNI
Sezione chirurgica diretta dal prof. L. BOBBIO.

Un apparecchio per mantenere la mandibola fissa in alto e la bocca aperta durante la narcosi chirurgica.

Dott. OSCAR BRUNICARDI.

Subito dopo le mie prime narcosi, quando mi accingevo a somministrare un narcotico ad un paziente, la preoccupazione che sempre mi assaliva, era il pensiero che durante questa somministrazione potessero comparire dei fenomeni asfittici improvvisi, anche solo dovuti alla occlusione delle vie respiratorie superiori, e che mi fossi dovuto trovare a un tratto con diverse gravi mansioni da accudire: sollevamento della mandibola (manovra di Heiberg-Esmarch), trazioni della lingua, respirazione artificiale, osservazione contemporanea del polso, dei riflessi, ecc., ecc., mansioni che richiedevano per effettuarle l'uso delle mie mani, che io dovevo tener impegnate nella manovra di Heiberg-Esmarch.

La mia preoccupazione era da attribuirsi al caso che mi aveva costretto spesso (durante il servizio militare in ospedaletti da campo) a dover da solo sbrigare tutte queste faccende, non troppo semplici, essendo io unica persona addetta alla narcosi.

Nel servizio sanitario militare in tempo e in zona di guerra, mancava assolutamente la possibilità di disporre di un personale completo nelle già deficienti sale operatorie, e questo in molti ospedaletti di chirurgia, era ridotto ad un chirurgo, un assistente e ad un anestetista, ben lungi quindi dalle comodità di servizio e di aiuto che si trovano nelle nostre cliniche, dove ad ognuna delle mansioni che richiede la tecnica per la narcosi, può attendere uno speciale assistente.

Credo infatti che soltanto chi si sia trovato solo a combattere le complicanze asfittiche in una narcosi, possa con me riconoscere che il più delle volte, per non dir sempre, è impossibile svolgere con piena utilità la nostra azione anti-asfittica con l'esplicazione di tutte le nostre energie rivolte completamente all'unico scopo di eccitare i movimenti respiratori: l'unica ragione di ciò è che siamo costretti a suddividere queste nostre energie a diverse azioni tutte ugualmente importanti e necessarie. Pensai quindi che se in qualche modo l'opera di chi somministra la narcosi avesse dovuto essere alleviata di una grave incombenza, si sarebbe dovuto cercare il modo di prevenire o combattere più agevolmente e in maniera più pronta e sicura l'asfissia per occlusione, colla lingua arrovesciata all'indietro, delle vie respiratorie superiori; e cercai di costrurre un apparecchio che mirasse a questo scopo.

Fino ad oggi si è sempre prevenuto e combattuto questa complicanza della narcosi eseguendo prontamente la manovra di Heiberg-Esmarch eseguita dal pinzamento della lingua, previa apertura delle mascelle. Tre manovre quindi da eseguirsi prontamente e quasi simultaneamente, se i fenomeni asfittici sono già iniziati. Questo sistema di intervento anti-asfittico se è incriticabile nel suo principio, va soggetto però ad una non lieve deficienza tattica. Infatti eseguita la manovra di Heiberg-Esmarch, sollevata cioè la mandibola, bisogna mantenerla in tale posizione, perchè non sopraggiunga di nuovo dell'arrovesciamento della lingua indietro, per tutto il tempo della narcosi. E così si è fatto e si fa fino ad oggi senza pensare alla fatica muscolare non lieve; anzi spesso gravosa, che colpisce le mani e le braccia dell'anestetista, obbligato sovente a narcosi che durano dai 30 ai 60 minuti. Ciò va a scapito della precisione e della regolarità colle quali dovrebbe essere eseguito, dall'anestetista tutti gli altri compiti indispensabili ad una buona narcosi: come difatti provvedere contemporaneamente alla continua somministrazione del narcotico ed alla osservazione del polso, dei riflessi, se le sue mani sono impegnate nel tener fissa la mandibola? Osservando che dopo eseguita la manovra di Heiberg-Esmarch basta esercitare una lieve, ma continua trazione in alto con le dita a gancio degli angoli mandibolari, perchè la mandibola rimanga in buona posizione, pensai che se alle dita avesse sostituito un sostegno, avrei mantenuto egualmente lo stesso scopo, e le mie mani oltrechè non stancarsi, avrebbero potuto essere liberamente usate all'adempimento delle altre mansioni. E questo ho ottenuto infatti col mio apparecchio.

Esso è robusto nella struttura, semplice nel maneggio ed adattabile a qualsiasi misura di capo; consta:

1° (v. figura A-I) *Piedistallo*: con base a forma di ferro di cavallo. Porta innestato nella sua parte di sostegno una asticciuola ricurva sulla quale corre il reggi-capo.

2° (v. figura A-II) *Portabranche*: a cerniera regolabile a vite, scorrevole dall'alto al basso nel sostegno di piedistallo, nel quale si innesta e può essere fissato a diverse altezze con vite.

3° (v. figura A-III) *Branche*: *Reggimandibola*: alla base si imperniano nella cerniera del porta-branche e quivi possono ricevere diversa apertura ed essere fissate in tale dalla

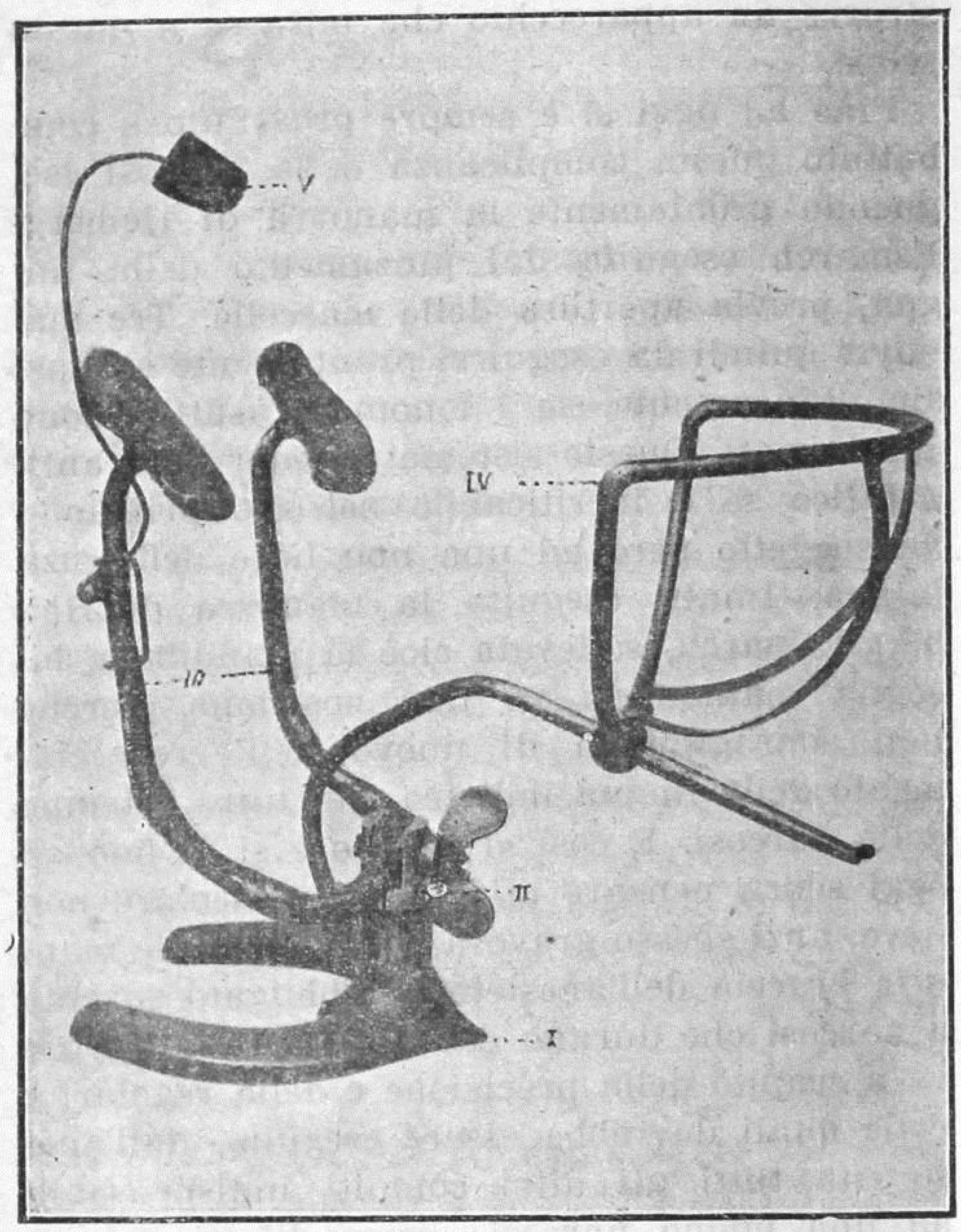


Fig. A.

vite del porta-branche. All'estremità portano unite due scodellette di metallo imbottite, atte a ricevere gli angoli mandibolari.

La branca sinistra porta l'apri-bocca.

4° (v. figura A-IV) *Reggicapo*: a forma di cestello (quarto di sfera). Scorre in senso anteroposteriore sull'asticella fissata al piedistallo e su questa può essere fissato mediante vite in qualsiasi punto di esso.

5° (v. figura B-V) *Apri-bocca*: cuneo di caoutchout o ebanite. È unito alla branca sinistra sulla quale scorre dall'alto al basso mediante sostegno di filo metallico. Introdotto tra i molari impedisce l'avvicinamento nelle arcate dentarie e mantiene quindi la bocca aperta.

Esso va applicato quando la narcosi è completa, o anche prima di iniziare la somministrazione del narcotico: meglio però attendere il completo rilasciamento dei muscoli perchè così si evita di lasciarlo applicato durante un periodo di tempo nel quale la sua utilità sarebbe nulla, data la violenta contrazione dei masseteri che impediscono pure l'effettuazione della manovra di Heiberg-Esmarch.

Si sostiene con la mano sinistra, sollevandolo, il capo del paziente, portando con la mano destra l'apparecchio colle branche aperte, sotto il capo in modo che gli angoli mandibolari si trovino sullo stesso piano perpendicolare delle branche ed il capo poggi sul reggicapo. Stringendo poi le branche in modo che le loro scodellette ricevano a piombo gli angoli mandibolari, si stringe la vite della cerniera del porta-branche. Si fissa poi la vite del reggi-capo e la testa del paziente resta così completamente immobilizzata. Aperte le arcate dentarie si introduce fra i molari di sinistra il cuneo di caoutchout e si riprende la narcosi.

Tutti i movimenti utili all'adattamento dell'apparecchio sono possibili; infatti: 1° con la vite della cerniera del reggi branche queste possono venir fissate a diverse aperture (da un minimo di un centimetro ad un massimo di 15 centimetri). 2° Con la vite del reggi capo questo può essre fissato a diverse distanze (da un minimo di 5 centimetri ad un massimo di 20 centimetri) dall'asse dell'apparecchio, sull'asticinola sulla quale scorre. 3° Con la vite



Fig. B.

del piedistallo il porta-branche in esso innestato, può essere fissato a diverse altezze (da un minimo di 8 centimetri ad un massimo di 11 centimetri) e le branche quindi possono

essere alzate o abbassate a seconda del bisogno.

L'applicazione dell'apparecchio non richiede più di 10 minuti secondi e il sospendere quindi la somministrazione del narcotico durante questo breve periodo di tempo, non porta alcun mutamento all'andamento della narcosi. Quando lo si deve applicare sul paziente da operare in posizione di Trendelemburg (caso rarissimo), poichè questa posizione impedisce di per sè l'arrovesciamento della lingua sulla glottide, si adatti l'apparecchio sul paziente quando ancora si trova in posizione orizzontale: il peso del capo lo manterrà fermo e fisso e pur trovandosi in seguito in posizione quasi verticale non vi sarà alcun pericolo che scivoli in basso.

Posso riassumere i vantaggi che il mio apparecchio apporta alla tecnica della narcosi in questo modo:

1) La mandibola è fissata in alto ed in tale posizione è mantenuta senza bisogno di sostenerla colle mani per tutto il tempo che dura la narcosi.

2) Il cuneo messo fra i molari di sinistra mantiene la bocca aperta.

Quindi è prevenuto il pericolo dell'arrovesciamento della lingua all'indietro e la chiusura susseguente della glottide; in secondo luogo la cavità orale resta ben visibile e si potrà facilmente, se lo richiede il caso, rimuovere le mucosità che si andassero accumulando, o afferrare prontamente la lingua per esercitare delle trazioni ritmiche in caso di respirazione artificiale da eseguirsi.

In poche parole lascia al narcotizzatore solo più l'incombenza di somministrare il narcotico e di osservare i riflessi e il polso, cose che può così fare con tutto suo agio avendo le mani libere.

Importanti vantaggi arreca pure l'applicazione di questo apparecchio al paziente: avendo libere le vie respiratorie superiori, assorbe colla massima regolarità il narcotico; il suo sonno è così più tranquillo e non interrotto da improvvisi attacchi di asfissia. La respirazione calma e regolare fa sì che il narcotico viene assorbito uniformemente ed in modo continuo e regolare questo assorbimento può essere controllato dall'anestetista.

Può rimanere applicato per le narcosi più lunghe senza timore che possa esercitare fenomeni di compressione sugli angoli mandibolari.

Applicato nella sezione chirurgica diretta dal prof. Luigi Bobbio in numerosi casi su bambini, giovanetti, donne, uomini e adulti ha dato i seguenti risultati:

1) Non si è mai verificato inizi di fenomeni asfittici durante la sua applicazione.

2) Non è mai stato necessario ricorrere al pinzamento della lingua quando era applicato l'apparecchio.

3) Non è mai stata necessaria l'opera di più di un solo assistente per somministrare il narcotico, avendo il paziente il capo appoggiato sul mio apparecchio.

4) In ogni caso in cui è stato applicato l'apparecchio si è notato un decorso regolare della narcosi, e, tolto l'apparecchio, non si sono mai dovuti riscontrare fenomeni di compressione sugli angoli mandibolari.

In seguito a questi esperimenti credo possa il mio apparecchio (*Fissatore della mandibola*) rappresentare il vero aiuto per chi somministra il narcotico; per la sua facile applicazione può essere usato nella pratica chirurgica privata, oltrechè nelle cliniche, poichè, applicato l'apparecchio, diventa cosa assai elementare il somministrare un narcotico anche per chi non sia in modo speciale pratico.

Riservandomi di apportare a questo primo mio tentativo ulteriori perfezionamenti che l'uso mi suggerirà, m'auguro che possa intanto la sua utilità essere conosciuta dal chirurgo pratico.

***

Ringrazio colla massima riconoscenza il prof. L. Bobbio per avermi permesso di esperimentare il mio apparecchio sui pazienti operati nella Sezione Chirurgica da Lui diretta.

COMMENTI.

Per rendere più semplice e più pratica la ricerca dell'indacano nell'urina.

Leggiamo sulla Rivista «Il Policlinico» (fascicolo 20 del 1922) un articolo del dott. V. Sebastiani sul modo di rendere più semplice e più pratica la ricerca dell'indacano nelle orine.

Il dott. Sebastiani comunica di aver trovato per puro caso, per una osservazione del tutto fortuita, un reattivo che riunisce in sè la proprietà di scindere l'indossilsolfonico in indaco bleu.

Riferiamo le sue stesse parole: «Col metodo di ricerca indicato dal Jaffè, la molecola dell'indacano (indossilsolfato potassico) che si ritrova nelle orine, viene scissa in un primo tempo a mezzo di un acido minerale (acido cloridrico puro) in acido solforico e indossile (o indaco bianco).

«Successivamente quest'ultima sostanza viene a mezzo di un energico ossidante, nel metodo classico rappresentato da qualche goccia di soluzione satura di cloruro di calce, trasformata in indigotina o indaco bleu, che può essere facilmente estratto col cloroformio, al quale viene ad impartire la caratteristica colorazione azzurra più o meno intensa.

«Adoperando per ragioni di economia l'HCl commerciale, anzichè l'HCl puro, rimasi una prima volta sorpreso nel constatare come questo reattivo aggiunto ad un'orina che conteneva una forte dose di indacano, riuscisse immediamente, senza ricorrere all'ausilio di nessun ossidante, a fare assumere alla colonna liquida una colorazione bluastra; estraendo successivamente con il cloroformio, ottenni la caratteristica reazione finale dell'indacano.

«Di fronte a tali resultanze era facile ammettere *a priori* che l'acido cloridrico commerciale dovesse questa sua proprietà a qualcuna delle tante impurezze in esso contenute. Ma a quale impurezza doveva la constatazione che io avevo fatto?».

Il dott. Sebastiani non seppe sul principio a che cosa fosse dovuta questa azione ossidante, ma avendo constatato, in seguito, che l'azione ossidante dell'HCl commerciale è dovuta alla presenza del ferro, che si ritrova nell'HCl grezzo sotto forma di cloruro ferrico ($FeCl_3$), propone di sostituire all'HCl puro, l'HCl commerciale, inquinato dalla presenza del ferro. Questa modificazione al metodo classico di Jaffè presenterebbe il vantaggio, nei confronti del metodo originale, di offrire all'analista pratico un reattivo di costo assai minore dell'HCl puro.

Ci permettiamo di osservare:

1) La frequente presenza del ferro nell'HCl commerciale è già un fatto da lungo tempo acquisito alla scienza; è una cognizione che rientra nel campo della chimica preliminare;

2) Da lungo tempo è noto che il ferro trasmette all'HCl delle proprietà ossidanti, talvolta assai energiche; e ciò è naturale perchè il ferro vi si trova sotto forma di cloruro, di cui è molto conosciuto il carattere ossidante;

3) Il metodo indicato dal dott. Sebastiani per la ricerca dell'indacano nelle orine non è un metodo nuovo, non conosciuto e non praticato. Il metodo che il dott. Sebastiani consiglia forse non è generalizzato fra i medici che si occupano di analisi chimiche, ma è assai diffuso fra i chimici, i quali, pur riconoscendo che il metodo di Jaffè è più rigoroso per la precisione dei risultati, tuttavia vi ricorrono frequentemente in tutti quei casi in cui l'HCl commerciale non contiene, oltre il ferro, impurità tali da disturbare seriamente la chiarezza e l'evidenza dell'analisi.

Ed è naturale che ciò sia, perchè sarebbe chimicamente un non senso di preferire l'HCl puro, e poi d'inquinarlo con aggiunta di cloruro ferrico o di ruggine, allo scopo di renderlo ossidante, quando invece si dispone di HCl commerciale, il quale mentre ha prezzo più basso dell'HCl puro, è già di per sè inquinato e reso ossidante dalla presenza del ferro, che vi si trova *quasi sempre* allo stato di impurezza.

Dott. LETI-TESTI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sul valore clinico della reazione di Wassermann

(A. STRIKLER. *Journal of A. M. A.*, 1° aprile 1922).

È ormai noto che la R. W. non è specifica, tanto che le culture pure di spirochete non sono utilizzabili come antigene.

È ancora discusso a quale costituente del siero luetico si debba la reazione: esso contiene un eccesso di globoline (eogloboline) che sono probabilmente in causa (Craige Williany). I lipoidi non pare abbiano molta influenza: gli AA. citati non riuscirono ad avere la R. W. positiva col siero di coniglio ricco di colesterina, che veniva largamente propinata col cibo.

Ravant e l'A. hanno osservato che in alcuni pazienti non luetici, affetti da varie malattie cutanee (lupus erythosus, psoriasi, lichen plamy, eczema, acne volgare e rosacea, sicosi, ecc.) che furono sottoposti a cura arsenobenzolica, la R. W. precedentemente negativa divenne positiva (inibizione dell'emolisi del 50 % almeno) in più del 30 % dei casi.

Pazienti non luetici sottoposti per malattie cutanee ad inizioni endovenose di sali mercuriali solo eccezionalmente diedero R. W. debolmente positiva.

Da tutti è ammesso che la R. W. è positiva nella lepra e nella framboesia tropicale.

Secondo Williams la R. W. è spesso positiva nel diabete grave con forte denutrizione. Non crede che ciò sia dovuto a sifilide latente, perchè in assenza di trattamento, e negli stessi pazienti, ebbe in vari tempi risultati discordanti. In un caso con ripetuta R. W. +3 la sifilide fu esclusa all'autopsia. Williams pensa alla mobilizzazione di lipoidi, che furono trovati in aumento nel sangue.

Rare volte fu trovata, da vari autori, la R. W. positiva nella nefrite.

Non è rara una R. W. positiva nei periodi febbrili della polmonite e del tifo (per quest'ultimo in oltre il 90 % dei casi, secondo Bauer).

Nella malaria, il sangue raccolto durante il brivido dà spesso R. W. positiva.

Si ha talora positiva anche nei tumori del fegato e dell'asse cerebrospinale, e nelle malattie croniche del fegato.

Durante la gravidanza non è rara una R. W. positiva col solo antigene colesterinato, che alcune settimane dopo il parto diviene negativa con tutti i metodi.

Talora nella sifilide terziaria, nella neurosifilide, nella sifilide ereditaria, di rado in altre forme d'infezione luetica, la R. W. può esser negativa, all'infuori di ogni trattamento.

L'A. mette in guardia contro le reazioni deboli (+1), specie se ottenute con antigene colesterinato. Sono più attendibili le reazioni confermate con vari metodi da vari laboratori. E' desiderabile una standardizzazione della tecnica, tenendo conto anche della quantità di siero in esame necessaria per ottenere una reazione positiva.

Uno studio accurato del siero di pazienti con R. W. positiva potrebbe forse condurre a una migliore interpretazione.

In ogni caso la R. W. va considerata come un sintoma in concorrenza con gli altri, senza assegnarle alcun valore assoluto. DORIA.

CHIRURGIA.

I confini dell'anestesia locale.

È tempo oramai che i confini da assegnarsi rispettivamente all'anestesia locale e generale siano posti definitivamente, dopo che ognuna di esse ha oscillato ampiamente entro limiti estesi e dopo che ad un periodo continuamente crescente è succeduta una fase di contrazione. Naturalmente non si possono tracciare senz'altro delle divisioni nette: esisteranno sempre dei casi nei quali o l'una o l'altra potrà essere eseguita a seconda la preferenza del chirurgo, il carattere del paziente, la gravità del caso. (Braun: *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n. 5, 2 febbraio 1922).

Innanzi tutto va detto come la rachianestesia debba venir rinchiusa entro limiti angusti i quali se oltrepassati possono mettere il paziente a rischio di incidenti gravi e mortali, ciò che viene dimostrato da alcune statistiche veramente impressionanti della mortalità 1:479 (Franz), 1:550 (Mayer). (Qui a Roma negli Ospedali non si potrebbe davvero dire altrettanto. *Nota del R.*). Non si deve dimenticare la molestia delle azioni concomitanti e collaterali, e gli accidenti postumi tanto più temibili e probabili quanto maggiore fu la quantità dell'anestetico iniettato e la maggiore o minore distanza del cervello dal punto a livello del quale fu praticata la puntura. Essa è quindi indicata nelle operazioni del segmento midollare inferiore e riservata cioè agli interventi sui genitali est-maschili e femminili, vescica, prostata, retto e a quelli degli arti inferiori laddove va abbandonata negli interventi addominali (ernie e operazioni ginecologiche). Va eseguita quando il paziente non è preparato all'operazione, nelle amputazioni, nelle cangrene arterio-sclerotiche degli arti inferiori e negli interventi sulle regioni posteriori degli arti inferiori quando cioè il pa-

ziente sia costretto a giacere bocconi. Fratture e lussazioni si ripongono meglio sotto anestesia lombare. In complesso la rachianestesia non potrà essere eseguita che nell'1% dei casi.

L'anestesia epidurale o sacrale, specialmente sotto la forma detta alta, non ha trovato nè troverà dei grandi partigiani, poichè se risparmia l'azione concomitante dell'anestetico, come si verifica nell'anestesia lombare, alla quale vorrebbe essere sostituita in alcune delle operazioni a lei devolute, tuttavia frequenti sono i fenomeni di intossicazione, come fanno notare specialmente gli AA. (Läwen e Schweitzer) che si sono occupati dell'argomento. Non andrebbe quindi mai oltrepassata la dose di 0.4-0.5 gr. di novocaina. Ma in questo modo l'azione anestetica si rende assai incerta e limitata e se si associa a questa manchevolezza la difficoltà tecnica della sua esecuzione si comprende come non sia entrata nella pratica comune, ma venga sempre brillantemente sostituita dall'anestesia parasacrale, la quale agisce senza pericoli e senza insuccessi.

Assai diversamente stanno le cose colla anestesia locale, la quale ristretta nei primitivi limiti va sempre più entrando nella pratica comune. Eseguita con una soluzione debole di novocaina e coll'aggiunta recente di adrenalina riesce quasi inoffensiva, ma non è applicabile come alcuni vorrebbero al 90 % dei casi, ma al più al 50 % di essi. La anestesia locale non si addica a quei pazienti che vi sono negati per la loro costituzione psichica Conviene aggiungere che alcuni di essi vi si lasciano convincere preparandoli con un trattamento di scopolamina e morfina: essi debbono essere introdotti nella sala operatoria cogli occhi bendati e colle orecchie tappate. Ma il limite dell'applicazione della anestesia locale è segnato dalla quantità dell'anestetico oltre la quale non si può andare, dalla rapidità colla quale esso si assorbe e dalla gravezza del caso da operarsi. A questo riguardo bisogna riconoscere che l'aggiunta dell'adrenalina ha allargato assai il confine dell'anestesia locale. Naturalmente non si inietterà l'anestetico nei tessuti senza prima essersi assicurati che l'ago non peschi in qualche vaso. Azioni collaterali — vomito, malessere, ineguaglianza e irregolarità passeggera del polso, secchezza del faringe, fosfeni — sono fenomeni di poco conto e che possono presentarsi anche nelle piccole operazioni, piuttosto va notato come coll'allargarsi della cerchia delle operazioni eseguite sotto anestesia locale siano stati verificati dei fenomeni di intossicazione in quei casi nei quali la dose di narcotico adoperato fu elevata e quando la anestesia fu eseguita nei territori vicino alla colonna vertebrale o ai forami di coniugazione. Nella piccola chirurgia è naturale come la anestesia locale sia la preferita, eccezione fatta per quei casi nei quali basta una breve ebbrezza anestetica.

Nei grandi interventi sul cranio i pericoli dell'intossicamento da novocaina sono appena da temersi, ma l'anestesia locale va associata in alcuni speciali momenti, ad una generale, sia pure superficiale, perchè è pericoloso la diminuzione di pressione improvvisa a paziente sveglio, e perchè non si può ribattere indifferentemente il lembo osseo cranico nè incidere la dura, la cui sensibilità è difficile ad attenuare.

Indiscussa è la applicazione della A. L. nelle operazioni sulla faccia, sulle ossa mascellari, della cavità orale, del faringe. Così operando i pericoli di polmoniti *ab ingestis* scemeranno di molto. Negli interventi sul collo è stata tentata più volte l'anestesia del plesso interrompendo la sensibilità in vicinanza della colonna vertebrale. Questi tentativi debbono essere assolutamente abbandonati essendosi verificati in breve tempo ben 9 casi di grave intossicamento e 3 casi di morte. Nella grande maggioranza dei casi basta l'anestesia locale del territorio sul quale si interviene. Non in tutti i Basedowiani si può preferire l'A. L. per le loro condizioni psichiche.

Nella chirurgia del torace l'A. L. è limitata agli interventi sulla cassa toracica, ma secondo Sauerbruch va sostituita dalla generale perchè negli individui non narcotizzati gli interventi polmonari possono provocare, per via riflessa, arresti del respiro, del cuore ed altri fenomeni secondari.

I pericoli dell'anestesia paravertebrale a livello della colonna dorsale sono quelli già descritti a proposito della colonna cervicale.

Nelle operazioni addominali l'A. L. può esser eseguita solo per gli interventi sulle pareti e gli organi immediatamente sottostanti. Ben eseguita l'A. L. permette la cesarea addominale. Riguardo agli interventi addominali bisogna aggiungere questo: che l'A. L. non diminuisce affatto la frequenza delle complicazioni polmonari che, come si sa d'altronde, non dipendono dalla specie di narcotico adoperato. Un sensibile progresso è rappresentato dalla narcosi mista cioè anestesia locale, preparazione con scopolamina e morfina, e, dove se ne mostri il bisogno, breve anestesia generale. L'A. L. dà buoni risultati solo negli interventi degli organi della metà superiore dell'addome — fegato e stomaco.

Di difficile esecuzione è l'anestesia paravertebrale. L'anestesia degli splancnici invece che secondo Kappis è meglio eseguirla dopo aperto l'addome e dal davanti, aiutandosi colla vista e col tatto. In questo modo l'anestesia è facile e quasi al sicuro dagli insuccessi e da azioni collaterali (300 casi personali dell'A.).

Invece non corrisponde, come sarebbe desiderabile, l'anestesia locale negli interventi per occlusione, peritonite e neanche nell'appendicite. Essa invece è la anestesia di scelta negli interventi renali, sopratutto unilaterali.

Una larga diffusione merita la anestesia parasacrale, dalla tecnica semplice, priva di azioni collaterali pericolose e di insuccessi. Essa andrebbe sempre eseguita negli interventi sull'uretra, prostata, vescica, nelle operazioni vaginali e in quelle del retto.

Negli interventi sulle estremità, l'anestesia del plesso brachiale secondo Kulenkampf ha continuamente acquistato terreno: anche in questa il pericolo dell'avvelenamento è assai relativo, ma viceversa si sono andati manifestando due altri pericoli, uno più, l'altro meno temibile. La possibilità di interessare la pleura a livello della 1ª costa sinistra può condurre a fastidiose pleurodinie e persino a morte. Questo inconveniente tuttavia può essere evitato introducendo l'ago non a livello della 1ª costa, come vorrebbero alcuni, ma a 3 dita trasverse sulla clavicola (Mulley). Occorrerà tuttavia la sanzione dell'esperienza per vedere sino a quale punto sia pericolosa la vicinanza della colonna vertebrale e del midollo.

Il secondo pericolo, minore, consiste nella possibilità di una lesione, a lunga durata, di un tronco nervoso. Conviene aggiungere che basta anche il semplice ematoma perineurale per provocare una lesione nervosa transitoria. In qualche caso si sarà potuto trattare anche di una paralisi da compressione del laccio. Del resto questo pericolo è così minimo che non può menomare l'importanza del metodo. Anche le paralisi transitorie del frenico e del simpatico, per lo più associate a lesioni del plesso brachiale, sono senza grande importanza.

Negli interventi sugli arti inferiori la puntura lombare va senz'altro preferita alla anestesia locale anche per la difficoltà dell'esecuzione di quest'ultima.

Concludendo la anestesia locale ha tolto buona parte del dominio devoluto prima alla anestesia generale, ma scegliendo con sano criterio caso per caso non si sorpasserà mai una media del 50 % dei casi. L'esercizio e la famigliarità colla narcosi generale non va quindi dimenticata.

MINGAZZINI E.

NEUROLOGIA.

Sulle prime manifestazioni nel trattamento della tabe dorsale.

(H. F. STOLL. *Am. Journal of med. Sc.*, maggio 1922).

Oggi si ritiene che le spirochete invadano il sistema nervoso nel periodo secondario ed ivi restino quiescenti per anni, così come possono trascorrere anni dai primi segni di aortite luetica alla formazione di un aneurisma.

La prima invasione spirochetica probabilmente produce nel sistema nervoso uno stato di iperallergia; una nuova mobilizzazione di spirochete o delle loro tossine (traumi, eccessi di ogni genere, ecc.) può determinare gravi lesioni.

Nella tabe, la più frequente delle malattie croniche del midollo, il processo inizia con probabilità come una meningite lentamente progressiva, intorno alle radici posteriori, prossimalmente ai gangli.

Ivi si riscontrano le prime infiltrazioni parvocellulari perivasali. La degenerazione dei cordoni posteriori e dei gangli sarebbe secondaria; sarebbe quindi della massima importanza riconoscere il male nello stadio predegenerativo.

È frequente la concomitanza di una meningite basale, con lesioni dei nervi cranici, e non di rado atrofia dei nervi ottici. Neanche sono rare degenerazioni dei neuromi periferici sensitivi.

Levaditi ha mostrato che la spirochete pallida può dalla lesione primitiva ascendere pei nervi, entro gli spazi linfatici e anche tra le fibre nervose; Orr e Rows hanno dimostrato sperimentalmente che tossine introdotte nei nervi possono produrre lesioni tabetiche del midollo.

Da ciò si comprende la grande varietà dei sintomi iniziali della tabes, dovuti, alcuni a paralisi, altri ad ipereccitabilità di fibre nervose diverse.

La difficoltà del cammino, segno precoce, è noto esser dovuta a disturbo del senso muscolare: ma il segno di gran lunga più precoce è il dolore. L'A. che ha studiato 60 casi di tabes, osservò l'inizio con dolori folgoranti nel 60 %. Essi possono simulare forme reumatiche, nevralgiche (specialmente la sciatica), ecc. Più precoci ancora sono le parestesie (senso di formicolio, torpore) specialmente ai piedi, ma passano di solito inavvertite. Quindi ad ogni paziente con dolori vaghi bisogna fare un'anamnesi accurata, ed il sospetto di tabe potrà essere convalidato dall'esame del sangue e del liquor.

Il primo sintoma è spesso la distensione inconscia della vescica; talvolta d'incoordinazione nel compiere i movimenti abituali; talvolta una sindrome neurastenica, eventualmente con palpitazioni.

Tra i sintomi precoci sono noti i dolori a cintura, e le alterazioni dei riflessi profondi e dei pupillari; tuttavia, questi segni possono mancare, ed esistere solo dolori precordiali, talora irradiati a un braccio, o dolori nell'aia epatica. Dolori addominali, con vomito, senza difesa, devono far pensare alla tabe (crisi gastriche): l'A. ricorda un caso nel quale fu inutilmente aperto l'addome quattro volte.

Così pure le crisi laringee, con accessi di soffocazione, possono essere il primo sintoma avvertito: la morfina va data con precauzione perchè è mal tollerata dai tabetici.

Anche le crisi gastriche, ma specialmente le crisi renali, possono dare dolori irradiati ai testicoli e all'asta: se coesiste lieve ematuria è facile orientarsi esclusivamente verso il rene (calcoli, ematuria essenziale, ecc.).

Una trabecolazione della vescica alla cistoscopia deve far pensare a una lesione midollare (T. N. Hepburn).

In presenza di dolori vaghi, con R. W. positiva nel sangue, è bene esaminare il liquor; esso va esaminato pure ogni volta che la R. W. del sangue non diventa negativa dopo cure antiluetiche, e, di regola, in ogni luetico dopo la seconda serie di iniezioni; sopratutto in presenza di una R. W. precoce.

L'A. trovò la R. W. positiva nel sangue nel 65 % dei casi e nel liquor nel 66 %; talvolta era positiva solo nel liquor.

L'A. ricorda che i patellari possono essere esagerati al primo inizio della tabe.

Nella diagnosi differenziale egli ricorda i dolori da spondilite e da atteggiamenti viziosi, l'ulcera gastrica, i dolori reumatoidi dipendenti da focolai d'infezione (es. ascessi peridentari), le nevriti alcooliche, ecc.

L'immobilità pupillare si può avere anche nell'arteriosclerosi cerebrale.

La diagnosi di tabe deve risultare, anche al suo inizio, da una sindrome di sintomi subbiettivi e obbiettivi, e dati di laboratorio.

Quanto al trattamento l'A. consiglia di correggere innanzi tutto gli atteggiamenti viziosi mediante esercizi di rieducazione funzionale. Consiglia di sopprimere eventuali focolai suppurativi, e di praticare l'idroterapia.

L'areflessia per sè non comanda una cura antiluetica. Una cura molto energica, arsenicomercuriale, è indicata solo appena contratta l'infezione luetica: generalmente si ritiene di poter evitare così le manifestazioni nervose.

Una volta avvenute conviene più il sistema dell'assedio che l'assalto brusco: l'A. consiglia il neosalvarsan endovenoso per due mesi, una iniezione per settimana, e contemporaneamente mercurio per frizioni o per iniezioni (tener d'occhio il rene!), da continuare per un altro mese: due mesi di riposo, poi una nuova serie di neosalvarsan. Se i sintomi non migliorano, se la R. W. del liquor non si modifica, se vi è una seria lesione cardiovascolare che rende pericolosa la via delle vene, l'A. consiglia il trattamento con neosalvarsan endorachideo: esso è utile sopratutto quando la pneumografia cerebrale mostra che non vi sono aderenze alla base del cervello (Dandy).

Anche in un periodo di avanzata degenerazione il trattamento può esser utile a salvare le fibre superstiti o poco lese (es. miglioramento della visione). Il trattamento va ripetuto fino a scomparsa dei sintomi e R. W. negativa, se lo stato del paziente lo permette. DORIA

MICROBIOLOGIA.

Ricerche batteriologiche sull'influenza.

(*Annali d'Igiene*, 1922, anno XXXII, n. 1).

Durante la pandemia influenzale del 1918 la Direzione generale della Sanità pubblica ha incaricato il Laboratorio batteriologico della Sanità pubblica di eseguire ricerche intese possibilmente a mettere in chiaro il movente etiologico dell'influenza allo scopo di una efficace profilassi e terapia.

Solo quest'anno vennero resi noti, nel loro insieme, i risultati di tali ricerche, condotte sotto la sapiente direzione del prof. Gosio.

Quattro sono i punti a cui rivolsero le ricerche:

1) Biologia del b. di Pfeiffer come parassita;

2) Biologia come saprofita;

3) Suo contegno come elemento di associazioni batteriche;

4) Suo comportamento come antigene.

Dalle esperienze in animali si è venuti alle conclusioni che in questi il b. di Pfeiffer non è capace di produrre forme setticemiche, è incapace di aggressività, ma possiede un notevolissimo *potere tossiemico*, in rapporto alla dose di innesto, come è dei tossici in genere.

Invece è capace di una vita parassita nelle mucose delle cavità nasali, della trachea e dei bronchi nei colpiti da grippe.

I punti invasi delle mucose non sono da considerarsi come focolai produttori di tossine, alla maniera della difterite; ma deve ritenersi che i veleni sono contenuti negli stessi corpi batterici. Il fagocitismo rappresenta il trami-

te per cui le tossoproteine penetrano nell'organismo.

Se si cerca di determinare nella cavia la dose tossica si vede che è assai variabile. Esistono *stipiti ipertossici*, esistono *stipiti ipotossici*, quelli facilmente isolabili nei periodi di pandemia, questi predominanti nelle intercorrenze epidemiche.

Riguardo alla biologia come saprofita, il carattere più notorio del b. di Pfeiffer è dato dalla *emofilia;* ma è da avvertire subito che solo determinate specie di sangue permettono lo sviluppo di questo speciale batterio. Noi conosciamo finora 5 specie di sangue adatti a questo scopo: di piccione, di tortora, di pavoncella, di rana, di serpe. Per questa nota caratteristica noi possiamo differenziare *in vitro* le forme tipiche di b. di Pfeiffer da quelle simili per altri caratteri (morfologico, serologico), ma dotate di diverso potere tossico.

Altro elemento caratteristico di questo bacterio, posto ora in luce, è la *simbiosi.* In vitro risulta così intima da generare equivoci sull'interpretazione delle colonie!

Queste, ad esami rigorosi, si rivelano talvolta costituite di due unità microbiche difficilissime a separarsi. *In vivo,* se si inoculano conigli con colture di b. di Pfeiffer + streptococchi o diplococchi, si osserva che questi animali diventano recettivi anche a varietà, verso cui si dimostrano naturalmente refrattari e si ottiene di regola lo sviluppo di una forma setticemica strepto o diplococcica.

Disponendo di varietà molto tossiche del b. di Pfeiffer, si procedette alla *vaccinazione* di cavalli con cospicui quantitivi di antigene.

Il siero di questi cavalli ha dimostrato evidenti proprietà antitossiche rispetto alla cavia trattata coi b. di Pfeiffer. Risultati incoraggianti dette l'applicazione di questa *sieroterapia* in patologia umana, sopratutto riguardo allo stato tossico generale, che si rivela negli ammalati di influenza; ma il dato che più incoraggia ad esprimere parere favorevole è ancora sempre quello della prova di laboratorio, nelle cavie intossicate, di fronte a controlli, sia riguardo allo studio delle variazioni leucocitarie che riguardo all'indice opsonico.

Qualunque valore pratico abbiano tali resultati, rimane sempre di primissimo ordine il contributo scientifico di questi lavori, intesi a porre in luce la individualità del b. di Pfeiffer, le varietà ipertossiche, col loro probabile meccanismo d'azione che crea ostacoli imprevisti alla diagnosi batteriologica, ed infine a porre in luce l'importanza di talune simbiosi producenti una malignità che contrasta colla benignità degli elementi costitutivi.

Le ricerche che abbiamo riferito sono state eseguite dai dottori proff. Caldarola, Ghiron, Gosio, Missiroli, Santangelo, Zannelli, sotto la guida illuminata ed esperta del Gosio.

g. m.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze mediche e biologiche - Milano.

Seduta del 28 aprile 1922.

Presidenza: Prof. B. Rossi, presidente.

Sulle modificazioni istologiche indotte dal radium nei tumori maligni.

M. Massazza. — Lo studio di una serie numerosa di epiteliomi della porzione vaginale del collo uterino trattati con applicazione di radium nella sezione di Oncoterapia annessa all'Istituto Ostetrico ha condotto l'O. alle seguenti conclusioni generali:

Il radium induce nei tumori modificazioni diverse a seconda che si considera uno strato superficiale e uno profondo. In una zona superficiale precocemente, già dopo due applicazioni si riscontra una fitta infiltrazione parvo- e plasma cellulare disposta a guisa di fascia e contemporaneamente si rilevano alterazioni a tipo regressivo degli elementi neoplastici che inducono rapidamente alla loro quasi totale scomparsa in un tempo relativamente breve.

In una zona più profonda si rileva una diffusa sclerosi che inizia già alla 2ª applicazione e che si fa più evidente con successive applicazioni. Le zolle neoplastiche che vengono a trovarsi come isolate fra mezzo al tessuto fibroso vanno incontro a più lento processo regressivo che inizia dalla zona centrale e conducono in qualche punto allo sfacelo della zolla neoplastica, in qualche altro alla trasformazione cornea di tutta una zolla epiteliomatosa.

Contributo allo studio dei tumori benigni della pleura.

V. Ronchetti e G. B. Zanisi. — Gli autori riferiscono su un caso occorso alla loro osservazione di voluminoso fibroma della pleura sinistra. Dopo una dettagliata esposizione clinica, mostrano i criteri per cui sono arrivati alla diagnosi in vita (diagnosi riscontrata esatta al tavolo anatomico): criteri desunti dal decorso della malattia, dal risultato dell'esame diretto del torace; dall'esito delle punture esplorative, dal reperto radioscopico.

Le psicosi del periodo bellico nei loro postumi medico legali e sociali.

V. Massarotti. — L'O. riferisce le sue osservazioni praticate su 332 casi di malattie mentali in atto in soggetti che hanno preso parte alla guerra, tratti da un ricco materiale osservato di oltre 6000 sinistrati del sistema nervoso in guerra. Conferma che la guerra non ha creato alcuna forma clinica nuova nè alcun sintomo nuovo, chè le forme con maggior frequenza riscontrate appar-

tengono a malattie mentali acute (amenza, stati maniacali, depressivi, ecc.) rappresentati fra i suoi casi dal 39.48 %. Le forme acute mentali di guerra hanno dimostrato una facile se non completa guaribilità, presentando come sintomo comune una tendenza alla depressione dell'umore. Le forme mentali comuni a riscontrarsi nel tempo di pace (demenza precoce, paralisi progressiva, amoralità costituzionale, ecc.) non hanno mostrato alcun aumento degno di nota in guerra. Le psicosi alcooliche sono state minori, meraviglioso indice di equilibrio del nostro popolo. Si può dire che la guerra ha messo in evidenza tutta la patologia della emotività. L'O. dimostra che molti postumi di guerra sono tenuti in vita dalla preoccupazione di perdere l'indennizzo in soggetti non ancora riusciti a trovare il proprio posto nella vita, onde è nociva la rivista medica ad epoca fissa in tali soggetti, come lo è per la fissazione dei sintomi nelle neuropsicosi traumatiche tutte.

L'O. rileva inoltre il bisogno di istituti adatti, che non sieno i comuni manicomi, per la cura ed il ricovero di questi sinistrati del sistema nervoso, per una loro più rapida guarigione, e per un più rapido ricupero dal punto di vista sociale.

C. VALLARDI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Sedute del 14 e 28 dicembre 1921 e 15 febbraio 1922.

Seduta del 14 dicembre 1921.

Presid.: Comm. ASCHIERI - Segret.: dott. BELLUSSI.

L'ordine del giorno del medici di Roma e il progetto di riforma delle tariffe giudiziarie e penali.

Prof. OTTOLENGHI. — In merito al deliberato dei medici legali di Roma apparso sull'*Italia Sanitaria,* riguardante l'approvazione del nuovo progetto delle tariffe penali l'O. ha creduto di interpellare la Società, siccome quella che si è interessata al movimento peritale professionale.

Dott. MASSARI. — Riferisce sullo stato attuale della questione.

Prof. COEN. — Su un caso limite fra psicologia criminale e psicopatologia forense.

Seduta del 28 dicembre 1921.

Presid.: Comm. ASCHIERI - Segret.: dott. BELLUSSI.

Calcoli biometrici su un gruppo di alunni delle scuole comunali di Roma.

Dott. BELLUSSI. — L'O. elaborò secondo alcune formole note in biometria e recentemente adottate da alcuni studiosi di statistica la statura il peso e il perimetro toracico di 1700 alunni delle scuole elementari del Comune di Roma (950 maschi e 750 femmine). Determinò sul poligono di frequenza le due costanti: *media e deviazione normale,* calcolando per ciascuno di questi dati l'errore probabile. I risultati ottenuti gli permisero importanti considerazioni sullo sviluppo dell'alunno tra i 7 e i 12 anni. Rilevò l'influenza del fattore etnico e regionale comparandolo coi risultati ottenuti dal Quetelet per i bambini belgi e dal Mackenzie per i bambini inglesi. Importanti conclusioni suggerì lo studio della variabilità nel periodo prossimo all'epoca puberale.

Su di un caso di ferita mortale del cranio di arma da fuoco.

Prof. ASCARELLI. — Il proiettile di rivoltella penetrato dalla bozza frontale di sinistra aveva perforato in senso antero posteriore l'emisfero cerebrale sinistro fuoriuscendo dalla squama dell'occipitale sinistro all'altezza della protuberanza occipitale esterna. Il colpito aveva avuto emiplegia destra, sensorio integro e aveva parlato dal momento del ferimento a quello della morte. Il caso dimostra come nei traumi gravissimi del cranio il leso possa compiere atti e funzioni superiori che parrebbero inverosimili e come in casi consimili ricorrenti nella pratica peritale il giudizio debba essere molto riservato su quesiti che possa proporre il giudice in merito ad azioni eventualmente compiute dal ferito.

Prof. ALESSANDRI. — Durante la guerra osservò numerosi traumi cranici accompagnati a schoc grave con conservazione della coscienza. Meno facilmente la coscienza era conservata nei traumi con forte scotimento della massa cerebrale, fenomeni di difficilissima spiegazione.

Prof. OTTOLENGHI. — In casi consimili occorre la integrazione di tutti i criteri così potendosi soltanto ritrovare la soluzione del quesito.

L'ordine del giorno del Congresso dell'Ordine dei Medici sulla Riforma dell'istituto peritale medico legale.

Prof. OTTOLENGHI. — Conviene sulla necessità espressa dal prof. Borri e approvata dal Congresso di valorizzare la forza della classe medica nella funzione del diritto e della medicina pubblica con adeguate riforme procedurali. La Società di Medicina Legale di Roma si è molto occupata già prima della guerra della riforma dell'Istituto peritale e deve necessariamente prendere atto del voto espresso nel Congresso degli Ordini.

Dopo la proposta del prof. Ottolenghi, considerazioni del comm. Aschieri e del dott. Massari viene formulato il seguente voto che fu trasmesso a S. E. il Guardasigilli:

« La Società di Medicina Legale di Roma nelle « sue sedute del 14 e 28 dicembre 1921, consapevole « del voto espresso nel recente Congresso delle Fe« derazioni degli Ordini medici, richiedenti nuovi « metodi di procedura corrispondenti alle antiche « tradizioni della Medicina Legale italiana e alle « sue odierne funzioni sociali, ed edotta dell'at« tuale movimento dei medici adibiti alle perizie « medico-legali, per la riforma delle tariffe giu« diziarie, plaude al provvido movimento e fa voti « perchè la funzione peritale sia riabilitata ed ele« vata alla dignità civile che le compete, in con« formità delle esigenze della giustizia e della di« gnità professionale ».

Dott. BELLUSCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sifilide polmonare durata 15 anni senza esser riconosciuta.

Un medico si era infettato di lues (senza riconoscere l'infezione) 17 anni prima. Due anni più tardi si era iniziata un'affezione gommosa del polmone (tosse caratteristica).

Un processo di guarigione parziale aveva determinato la formazione di tessuto cicatriziale, che aveva prodotto i sintomi di broncostenosi e un notevole impedimento al deflusso del sangue dalla cava superiore. Nel corso di 15 anni vi sviluppò un'affezione specifica delle valvole aortiche e l'affezione del polmone si estese ulteriormente. Si sviluppò specialmente nel polmone destro un processo pneumonitico interstiziale; processi cirrotici sviluppatisi in seguito impedirono il deflusso del sangue dalla cava inferiore, determinando idrotorace e stasi nel grande circolo. Solo a questo punto fu fatta la giusta diagnosi, mentre fino allora non si era saputo a che ascrivere i detti sintomi.

La cura specifica determinò l'arresto del processo, la scomparsa dei fenomeni di stasi e la regressione delle alterazioni anatomiche.

(C. WINKLER. *Münch. med. Wochenscrift*, n. 18, 1922). POLLITZER.

Vomiti abituali del lattante e sifilide.

Sotto il nome di *malattia dei vomiti abituali*, Marfan ha di recente descritta una forma morbosa che si nota tanto nel bambino allevato al seno come in quello allevato con latte di vacca che si inizia in genere prima del terzo mese ma che spesso si può riscontrare nelle prime settimane ed anche nei primi giorni di vita.

Essa si manifesta con dei vomiti che si ripetono dopo ciascun pasto o appena dopo, e mezz'ora, un'ora dopo la ingestione del latte, vomiti che possono durare per delle settimane ed anche dei mesi con fasi di esacerbazioni e di calma relativa.

Specialmente nel bambino non allattato al seno, quando tali vomiti sono ripetuti e si prolungano per un lungo periodo di tempo, la malattia determina l'ipotrofia o l'atrepsia e spesso la morte.

Questa forma morbosa è tutta affatto indipendente da una stenosi organica del piloro e non è in rapporto con lesioni costanti dello stomaco, e secondo Marfan si deve ritenere come una gastronevrosi emetizzante frequente a riscontrarsi nei lattanti eredoluetici o con probabile infezione eredoluetica.

Marfan e Lemaire (*Le Nourrisson*, n. 1, 1922) portano un interessante contributo statistico a questa concezione: su 57 lattanti affetti da malattia dei vomiti abituali non dovuta a causa apprezzabile (stenosi pilorica, anafilassi per il latte, tetano) la sifilide fu trovata in causa o certa o probabile nel 68 % dei casi.

Ancora non è chiaro se la lues è la sola causa di tali vomiti ed in qual modo essa determina nel lattante questa gastronevrosi; è certo soltanto che il trattamento mercuriale in tali casi ha efficacia incontestabile, mentre le altre medicazioni falliscono. Marfan e Lemaire consigliano il lattato di mercurio all'1 per 1000 o le frazioni di pomata mercuriale, che in 10 giorni guariscono la forma morbosa.

GENOESE.

Le iniezioni di calomelano.

Per ovviare a molti inconvenienti delle iniezioni di calomelano, B. Pontoppidan (rif. in *Med. Review*, maggio 1922) consiglia di far preparare delle pillole o dei bastoncini con 5 cg. di calomelano, sciolti in 15 cg. di burro di cacao. A temperatura ordinaria essi hanno la consistenza del sego; scaldati a 25°-30°, diventano un'emulsione fluida, che può benissimo passare a traverso l'ago. L'A. quindi consiglia di mettere una di tali pillole (o bastoncini) nella siringa Record da 1 cmc. mettendo poi lo stantuffo, di scaldare leggermente sopra una fiamma a spirito, fino a fondere *completamente* il burro di cacao, e di fare subito l'iniezione: per essere sicuri di averla scacciata tutta, si inietta ancora un poco di aria a traverso l'ago. In tal modo si ha un perfetto dosamento del calomelano e si evita l'inconveniente di dovere agitare a lungo la fialetta. Ago e siringa vanno accuratamente puliti con alcool o con etere, prima che il poco burro di cacao residuo abbia il tempo di raffreddarsi, altrimenti occorre riscaldare di nuovo. *fil.*

Studio critico dell'ittero consecutivo all'arsenobenzolo, in specie dell'ittero tardivo.

Sebbene da molti si ritenga responsabile l'arsenobenzolo di itteri, tale ipotesi sembra a P. Tachau (*Deutsche Medizin. Wochensch.*, n. 20, 1921). poco fondata. In appoggio di ciò l'A. ricorda che i dati farmacologici non offrono una base solida per incriminare l'arsenobenzolo nella genesi dell'ittero: è vero sì che persistono anche dopo mesi dall'iniezione tracce d'arsenico nel fegato, ma questa constatazione non permette alcuna deduzione riguardo alla tossicità di quest'arsenico residuale; si ignora infatti ancora la forma sotto cui si

trova — organica od inorganica — ben sapendo che questa è la più tossica.

Può l'azione nociva dell'arsenobenzolo riportarsi all'arsenico? E come spiegare il fatto che l'arsenobenzolo è ben tollerato da fegati più o meno lesi? E perchè sono eccezionali dopo l'uso dell'arsenobenzolo gli accidenti di natura puramente arsenicale, quali la melanodermia, la cheratosi, ecc.?

Certamente l'arsenobenzolo è stato ritenuto causa di numerosi itteri del periodo precoce della sifilide, di origine puramente specifica: ma anche tralasciando questi casi, l'osservazione clinica non è in favore di una relazione causale fra l'ittero e l'arsenobenzolo. Alcuni casi di ittero precoce e di atrofia gialla acuta sono stati gratuitamente attribuiti a questo medicamento; quanto all'ittero tardivo, di cui comunemente si ritiene responsabile, la maggior parte dei casi di itteri tardivi, di natura non sifilitica, vanno forse classificati negli itteri infettivi di origine sconosciuta che furono osservati in gran numero negli ultimi anni, talora in forma epidemica e che talora sembrano contagiosi.

L'A conclude dicendo che la denominazione di ittero arsenobenzolico dovrà scomparire: essa non fa che creare confusione; bisogna sempre stabilire se si tratta di ittero sifilitico o no e conformarsi a tale distinzione per la cura.

MONTELEONE.

La cura dell'ulcera molle e del bubone.

Polverizzare, o distendere con un tampone, sull'ulcera un poco della miscela seguente:

Iodoformio	g.	5
Eucaliptol ana / Guaiacol ana	»	1
Alcool a 95°	»	10
Etere q. b. per	»	100

Il contatto dell'etere è alquanto doloroso, come è anche dolorosa la necessaria detersione dell'ulcera. Si può diminuire il dolore facendo prima una leggera spennellatura con: mentolo, acido fenico, cocaina: ana (prescrivere piccole quantità in considerazione del prezzo elevato: non continuarne l'applicazione oltre due giorni).

Dopo l'applicazione della soluzione eterea, ricoprire con garza: una o due medicazioni giornaliere bastano per portare la guarigione in una diecina di giorni.

Nel bubbone, all'inizio della fluttuazione, radere i peli, spennellare con alcool o tintura di jodio diluita, polverizzare del cloruro d'etile e fare, col bisturi, tenuto perpendicolare alla arcata crurale, un'incisione abbastanza profonda, lunga non più di un centimetro. Spremere il pus con lenta pressione fino a che non esce più che sangue: poi con una siringa iniettare 1-2 cmc. di etere al 5 % di jodoformio, ripetendo un paio di volte l'iniezione (proteggere i genitali con cotone per impedire il contatto dell'etere!). Introdurre un piccolo stuello e medicare a piatto. Al terzo giorno non si ha più scolo sanioso, dopo una settimana si ha la guarigione.

(*Journal des praticiens*, 10 dicembre 1921).

fil.

Pemfigo epidemico.

Trossarello (*Minerva medica*, aprile 1922) ha avuto l'occasione di osservare una quarantina di casi dell'affezione in discorso su un breve tratto di 8 km. lungo la Riviera Ligure di Ponente nel 1921.

Le osservazioni fatte appartenevano esclusivamente ad individui frequentanti gli stabilimenti o le colonie balneari.

Generalmente la malattia si iniziava in piena salute od era talvolta preceduta, tre o quattro giorni prima da disturbi intestinali di poco conto, ed il tipo unico di lesione cutanea osservata era la bolla di varia dimensione. Essa compariva quasi sempre su cute sana, con superficie emisferica, con contenuto limpido dapprima poi siero purulento, evolvente in 4-6 giorni senza lasciare cicatrice, residuando però una macchia pigmentaria più o meno accentuata a seconda del soggetto.

Il ciclo completo dell'affezione risultò essere di 2-4 settimane: era caratteristico il comparire a «poussée» delle bolle. Scarsissimi erano i disturbi generali soggettivi: lieve depressione fisica passeggera, qualche lieve rialzo termico.

L'A. passa quindi a stabilire con minuta discussione diagnostica la diagnosi di Pemfigo epidemico, epidemia questa terza in ordine di tempo in Italia. L'esame del contenuto delle bolle nei casi dell'autore rivelò la presenza di forme diplococciche, ora isolate, ora riunite in piccole colonie, in tutto simili al diplococco non capsulato studiato dal Pasini, e situate per la più gran parte entro i polinucleati neutrofili. Sull'andamento epidemico della malattia abbiamo già dato notizia nel resoconto della seduta del 5 febbraio della R. Accademia di Medicina di Torino (fasc. 24, p. 794).

MONT.

NOTE DI TECNICA.

Un nuovo metodo di diagnosi della infezione melitense.

(D. S. BURNET. — *Revue Tunisienne de Sciences Médicales*, n. 2, febbraio 1922).

Alla emocoltura ed alla sierodiagnosi, metodi finora noti per l'accertamento dell'infezione da micrococco melitense, un nuovo metodo sembra possa essere aggiunto di più facile esecuzione e di più larga applicazione, *l'intradermoreazione* proposta dall'A.

Essa si pratica iniettando nel derma alcune goccie di filtrato di una cultura in brodo di micrococco melitense. Dopo 6 ore nel punto dell'iniezione compare arrossamento e tumefazione per una zona di 4 a 6 centimetri di diametro a contorni regolari e ben delimitati. La reazione positiva compare dal 12° giorno di malattia e persiste anche 5 mesi dopo la guarigione.

Negli individui normali, nei tubercolosi, tifosi e malarici la intradermoreazione è stata costantemente negativa.

L'A. consiglia di usare filtrati di culture in brodo di almeno un mese. Tali filtrati resistono all'ebollizione (per un minuto) e non sono attenuati dall'acido fenico al 0.5 %.

TRENTI.

IGIENE.

Un nuovo pericolo.

Gli apostoli del vinismo.

È uscito da poco nella Biblioteca agraria dei Fratelli Ottavi (1), un libro, scritto con l'intento di dimostrare che l'ebbrezza è un bisogno dell'uomo di tutti i tempi e di tutte le razze che il vino è stato l'inebbriante più ricercato e più apprezzato dai popoli civili e che le conseguenze del suo uso ed anche del suo abuso sono ben lontane dal somigliare a quelle derivanti dall'alcool. Vi si diffondono le lodi del vino, se ne fanno apprezzare i meriti, se ne fanno conoscere i vantaggi e si consiglia, senza calcare troppo la mano, di fuggirne l'abuso.

L'A. si mette quindi recisamente contro la corrente degli antialcoolisti, per secondare quella dei produttori e dei consumatori. Per raggiungere lo scopo che si è prefisso, l'A. dovrebbe dunque darci la dimostrazione di quanto vuole sostenere: ora, le divagazioni storiche e le abbondanti citazioni letterarie se sono di piacevole lettura, non hanno alcun valore per la tesi; i dati scientifici non sono sicuri e le affermazioni spesso erronee.

Ne citiamo qualcuna: l'A. ritiene che il consumo complessivo dell'alcool in Italia ha mostrato piuttosto tendenza a diminuire, «sia per l'applicazione della legge sull'acoolismo» (ma chi ci crede?), «sia per la crisi provocata dalla guerra mondiale». Ora, a prescindere anche dall'osservazione di tutti i giorni, le cifre dimostrano il contrario: p. e. a Milano se si ragguaglia a 100 il consumo del 1914, si ha che per il 1920, il consumo del vino è stato di 98.4, ma quello della birra di 176.9, dell'acquavite di 1422.9, dei liquori di 1501.8! Analoghi aumenti si hanno per tutta Italia. In altra parte, l'A. vorrebbe dimostrare che il vino non è causa di alcoolismo cronico (?!) e basa il suo asserto sul raffronto delle statistiche della mortalità per alcoolismo e del consumo di vino. Doppio errore quindi perchè la troppo vaga denuncia di morte per alcoolismo cronico è di estrema rarità, predominando invece nella denuncia la malattia conclamata (cirrosi epatica, arteriosclerosi, ecc.), mentre poi il consumo bruto di vino in litri non può essere ragguagliato nelle diverse provincie, poichè evidentemente i vini asprigni ad 8-9 gradi, che si trovano al settentrione sono ben diversi da certi vini del mezzogiorno, ricchi di estratto e con 14-15 gradi alcoolici. In tal caso la statistica è affatto priva di valore, che va solo dato all'osservazione clinica.

Nè vale la limitazione che l'A. dà al suo asserto, dicendo che «il vino non è causa di alcoolismo cronico, nella grandissima maggioranza dei casi di uomini sani, normali e sobri»; ma l'uomo sobrio non avrà mai alcoolismo, perchè il vino non è un tossico; il pericolo sta appunto nell'uso irrazionale e nell'eccesso, in cui non cade mai l'uomo sobrio.

Curiosi sono poi i consigli sulla quantità, che, per l'A., negli uomini robusti che compiono lavori pesanti all'aria libera, può arrivare senza inconvenienti ai *due litri al giorno!* Ai vecchi se sono sani si può permettere il vino come agli adulti *ed anche un poco di più!*

Non si può quindi sfuggire all'impressione che il libro sia stato scritto per prevenire possibili leggi restrittive e per salvaguardare gli interessi dei viticultori; fenomeno analogo a quello che da tempo si osserva in Francia, dove i più accaniti nemici dell'antialcoolismo sono i *bouilleurs de cru*. In tal caso, le ansie dei viticultori ci sembrano esagerate: al proi-

(1) CARPENTIERI F. *Il vino e l'acoolismo*. Un vol. in-16 di 350 pag. Casa editrice Fratelli Ottavi. Casalmonferrato, 1922. Prezzo, L. 12.

bizionismo degli Stati Uniti non si arriverà mai in Italia, dove, se anche si emanassero leggi restrittive non si applicherebbero mai nella loro integrità; anche la blanda legge del 1913 è rimasta lettera morta, ed, in dispregio di essa, noi vediamo ogni giorno pullulare nuove osterie, nuovi *bars*, sempre più affollati. D'altra parte, a nostro modo di vedere, è da dubitarsi dell'utilità del protezionismo americano e dell'esagerato antialcoolismo: certi ultraigienisti vorrebbero ridurre l'uomo nelle condizioni di un anacoreta, dimenticando che gli anacoreti furono santi e quindi esseri eccezionali, e che l'uomo, specialmente nella nostra affannosa vita odierna, ha pur bisogno di qualche leggero eccitante, che gli conceda un certo senso di enforia. Un buon bicchier di vino, preso durante il pasto non costituisce alcun pericolo per l'individuo normale e gli può fornire la sensazione di ristoro; l'essenziale è di non trasmodare e di evitare assolutamente l'uso delle acquaviti e dei liquori. Davanti agli interessi supremi dell'igiene sociale quelli dei viticultori possono passare in seconda linea pure rappresentando un coefficiente notevole dell'economia nazionale; non è detto del resto che si debbano senz'altro strappare le viti, in quanto che, anche limitando l'uso del vino, può maggiormente diffondersi quello dell'uva, sia per consumo diretto, sia in forma di conserve. A tutto questo però si potrà arrivare non per forza di leggi punto rispettate, ma quando le masse saranno più sanamente educate. Non ci sembra che il libro del signor Carpentieri contribuisca a questo, e lo consideriamo anzi pericoloso perchè ribadisce, specialmente nella mente di chi non può farne una giusta critica, il concetto che di vino se ne può bere a piacimento. La Casa editrice Ottavi, che è pure tanto benemerita per le sue pregevoli pubblicazioni, le quali hanno dato nuovo impulso all'agricoltura italiana, non ha avuto un'idea molto felice, pubblicando questo lavoro, che rappresenta quasi una sfida al blando antialcoolismo italiano.

A. FILIPPINI.

STORIA DELLA MEDICINA.

Semmelweis, non Lister.

(BRUCK. *Zeitschr. f. Chir.*, 1922, 426).

È una questione di priorità che l'A. agita nel nome di Semmelweis come fondatore del concetto anti- ed a-septico.

Mentre Lister può considerarsi un divulgatore del solo concetto antisettico, ispirato all'idea errata di combattere sopratutto i germi dell'aria, Semmelweis sostenne vent'anni prima (1847) che le infezioni si propagano per contatto diretto, e che il veicolo di maggiore importanza nell'inquinamento delle ferite è costituito dalle mani. Insegnò a difendersi da questo pericolo mediante la pratica (dettagliatamente spiegata e seguita) della disinfezione delle mani con acqua clorica (clorina liquida) o con una soluzione di cloruro di calcio. E gettò il vero fondamento dell'asepsi, scrivendo che è pratica assai più sicura quella di non imbrattarsi le dita, anzichè quella di pulirle quando siano già imbrattate.

Fra la teoria dei due c'è un vero divario, e tutto il seguito dell'evoluzione chirurgica fu un vero trionfo delle idee di Semmelweis, laddove il concetto di Lister non rappresenta — a paro di queste — che un regresso. B.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1298) *Determinazione del grasso nel latte.* — All'abb. n. 4643:

L'uso della centrifuga Gerber è facilissimo. Si riempie l'acido butirometro, nel modo conosciuto; si chiude col turacciolo di gomma; si rimescola ben bene il contenuto e si dispone nella centrifuga colla parte chiusa con turacciolo verso la periferia della centrifuga stessa. Si mette in moto la centrifuga tirando ed allentando la cinghia tanto più celermente quanto maggiore è il numero dei giri che si vuole raggiungere e quanto maggiore è l'efficacia che si vuole ottenere. Si smette di tirare e di allentare la cinghia quando la centrifuga ha raggiunto la velocità voluta, avvertendo però che ogni tanto si ripeta l'impulso alla centrifuga affinchè la velocità non diminuisca. Dopo dieci minuti di moto continuo, la centrifugazione del liquido nel butirometro è avvenuta ed il grasso è interamente e nettamente separato. Si immerge allora il butirometro in un bagno a 70° ove si tiene per 15 minuti, e si legge il numero delle divisioni occupate dal grasso, le quali corrispondono a tanti grammi di grasso contenuti in un litro di latte esaminato. Si riterrà questo scremato quando la quantità di esso sia inferiore di molto a 3 %; si riterrà semiscremato quando l'anzidetta quantità sia inferiore a 3 % però non di molto.

Il metodo di Gerber è il mezzo pratico migliore ed il più economico che si conosca; esso, per precisione, gareggia coi metodi ponderali.

Il metodo di Marchand è stato abbandonato da tutti, sia perchè oggi è molto dispendioso, sia per la grande incertezza dei risultati che esso fornisce.

Si deve aggiungere ancora che il metodo di Gerber si può applicare ancora, senza la centrifuga, purchè l'acido butirometro col suo contenuto si immerga in un bagno di acqua a 70° colla bocca chiusa con turacciolo in basso, ed ivi si tenga per un'ora o più. Il grasso affiora per intero ed il suo volume si legge colla stessa nettezza che si ha colla centrifugazione.

Scala A.

(1299) *Sulle iniezioni endovenose.* — Al dott. C. E., abb. n. 3970:

Sulla terapia endovenosa, che in questi ultimi tempi ha allargato le sue indicazioni, non esiste un manuale generico con le indicazioni nelle singole malattie. Ella potrà trovare ragguagli sufficienti per la parte manuale in un trattato di *tecnica medica*, per la parte speciale nei singoli capitoli; così, per es., in un trattato sulla sifilide troverà le precise indicazioni e controindicazioni all'uso del Salvarsan del mercurio, ecc. per uso endovenoso, in un libro o trattato di sieroterapia troverà le indicazioni all'uso per via endovenosa dei sieri e così via di seguito.

t. p.

(1300) *Limonate fosforiche.* — Al dott. O. M., M. Giorgio:

Le formule più in uso per la limonata fosforica sono:

Acido fosforico officinale	gr.	28
Alcoolato d'arancio	»	20
Sciroppo	»	250
Acqua distillata	q. b.	per un litro

200 a 600 gr. al giorno.

La soluzione di acido fosforico da usarsi a cucchiaiate diluite (da 3 a 12 cucchiai al giorno) è così composta:

Acido fosforico officinale	gr.	17
Fosfato di sodio	»	34
Acqua distillata	»	250

t. p.

(1301) Al dott. B. T. da Voltri:

Il miglior trattato di urologia scritto in francese è quello del Legueu edito nell'anno corrente dal Masson - Parigi.

Il miglior trattato di ginecologia è il Döderlein (Ginecologia operativa) tradotto in italiano ed edito dal Vallardi - Milano.

L. D.

(1302) Al dott. L. B. da F.:

Può consultare la « Chirurgie de Guerre » di Mauclaire, edito a Parigi da Baillière e Fils, Rue Hautefeuille, 19.

L. D.

(1303) *Consultazioni terapeutiche.* — Al dottore G. L. da V.:

Non possiamo rispondere ai suoi quesiti numerosi di terapia, poichè essi riguardano un caso particolare nel quale ancora non è stata fatta una diagnosi; ricordiamo ancora le parole memorabili di Baccelli: la diagnosi è la suprema necessità della cura.

t. p.

VARIA

La preparazione delle pillole nel volgere dei secoli.

Nella 22ª Esposizione di Chimica e Tecnica Farmaceutica di Londra si trovarono in mostra, fra l'altro, pillole fabbricate or fanno 250 anni: sono di straordinaria grossezza, pari a quella delle palle di marmo per giocare. Esse, anzichè con estratti di piante, furono fabbricate macinando e pestando i vegetali, compresa la corteccia. Le prime pillole di estratto furono fabbricate nel 1839. Nel 1859 Alderman Cor di Brigton fece le prime pillole coperte da uno strato di zucchero. Ora la fabbricazione si è così perfezionata che si può vedere la sezione di una pillola per il fegato composta di 70 strati. Una sola fabbrica inglese produce 156 milioni di pillole all'anno, e si è arrivati a farne di microscopiche ed anche di bucate, come perline di vetro, perchè si possano digerire più facilmente. Poco noto è che le pillole inglesi sono diversamente colorate secondo il loro uso. Così le pillole lassative son bianche, rosse son quelle che contengono un veleno, azzurre quelle pei reni, brune le febbrifughe, verdi le toniche. La diversa colorazione giova moltissimo nei paesi coloniali.

(*Rif. Med.*).

I resti di Waldeyer

Il prof. Waldeyer ha legato per testamento al Museo anatomico di Berlino il suo cranio, il suo cervello e lo scheletro della mano.

Egli giustifica il legato osservando che gli studi morfologici dovranno trarre molto giovamento delle caratteristiche anatomiche di personalità eminenti.

(*Pathologica*).

Il medico. — Nulla è più degno di stima del medico, il quale, avendo studiato la natura fin dalla sua giovinezza, conosce le proprietà del corpo umano, le malattie che lo colpiscono, i rimedi che gli sono utili, esercita la sua arte con prudenza, e presta eguale attenzione al ricco e al povero.

Voltaire.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Abbiamo già dato notizia sommaria della relazione letta dal dott. Lutrario nella seduta ordinaria del 26 giugno. Diamo ora notizia della discussione.

LEVI si intrattiene sulle varie parti della relazione e ne fa risaltare l'importanza; desidererebbe però che delle malattie infettive venissero periodicamente compilati dei cartogrammi; parla della vaccinazione per via ipodermica che in Inghilterra ha dato buoni risultati; vorrebbe maggiormente diffusa la vaccinazione antitifica e la antidifterica; solleva altri problemi d'igiene sociale. Formula il desiderio che l'Istituto per lesioni nervose sorto per i militari neurolesi in Pavia possa venire mantenuto.

Lo stesso avviso esprime il sen. GOLGI.

MANFREDI si occupa della malaria e specialmente dei congedati. Afferma la necessità che l'assistenza a questi malarici venga continuata anche per il terzo anno, gusta il parere della speciale Commissione presieduta dal prof. ASCOLI; allora solo i congedati malarici non guariti potranno far parte dei cronici a carico dello Stato. Chiede che il Tesoro non lesini il concorso necessario e conceda i 2 milioni richiesti. Formula sull'oggetto un ordine del giorno. S'intrattiene sul regolamento 1921 circa gli Enti autonomi di bonifica e le varie disposizioni che in atto regolano tale materia. nonchè sulla legge 20 agosto 1921 sulla disoccupazione, e lamenta che la Sanità non sia sempre specificatamente chiamata ad intervenire nella direzione ed esecuzione delle provvidenze relative che hanno carattere sanitario. Propone un ordine del giorno speciale.

DI VESTEA si interessa delle opere di profilassi infantile; sarebbe opportuno che il fondo per gli edifici scolastici venisse erogato tenendo presenti le necessità igieniche della scuola per spenderle proficuamente.

PAVONE si interessa dell'assistenza ai congedati malarici. Dà notizie statistiche. Parla dell'azione svolta dal Sottosegretariato delle pensioni, dalla Direzione generale della Sanità, dalla Croce Rossa, dall'Ufficio centrale di Sanità militare e dall'Associazione dei combattenti, cui venne affidata la propaganda, e dà ragguagli sui sussidi erogati a favore dei malati poveri curati e loro famiglie. Trova indispensabile che il servizio sia mantenuto per il terzo anno. Chiude mettendo in rilievo che la cura dei malarici di guerra favorisce la profilassi antimalarica generale e può evitare allo Stato maggiori oneri, qualora fosse costretto ad intervenire con pensioni od altre provvidenze a favore dei malarici cronici non guariti, perchè non curati. Circa la tubercolosi di guerra il prof. Pavone informa su quanto ha fatto l'Assistenza militare, ed i considerevoli miglioramenti concessi per le pensioni; parla del lavoro della Commissione presieduta dal prof. Maragliano e rileva come l'Opera Nazionale invalidi di guerra non abbia avuto mezzi sufficienti per la spedalizzazione dei tubercolosi di guerra.

MAGGIORA illustra l'opera della Direzione generale della Sanità pubblica in un periodo tanto difficile ed afferma la necessità di ripetere un voto al Presidente del Consiglio dei Ministri perchè l'organismo della Sanità Pubblica venga mantenuto integro nella sua potenzialità conservando la sua composizione, le sue attribuzioni e specialmente l'esame preventivo delle opere che interessano la pubblica igiene e propone apposito ordine del giorno.

GIACHI si trattiene sul progetto sul latifondo e sulle bonifiche dei terreni incolti. Desidererebbe un maggiore interessamento delle Camere legislative sui problemi sanitari e le condizioni della salute pubblica nel paese.

SCLAVO rileva la poca cura che si ha nei riguardi dell'igiene nella esecuzione dei lavori che interessano le reti ferroviarie; elogia la Direzione generale della Sanità per l'azione che spiega a favore della infanzia e dell'igiene scolastica; vorrebbe che gli avanzi realizzati dagli Enti consumi e Consorzi provinciali granari andassero a beneficio di Istituti sanitari e particolarmente di quelli destinati a proteggere l'infanzia.

MARTINELLI ed ASSAUTO parlano nell'interesse delle classi medica e dei farmacisti.

LANFRANCHI raccomanda che i piroscafi che fanno lunghe traversate, sieno forniti dei sieri più utili e specialmente di sieri secchi.

CASTIGLIONE di Trieste si intrattiene delle nuove provincie raccomandando che nello estendere a tali regioni le leggi sanitarie del Regno si tenga conto di quanto di buono vi era in esse sotto il passato regime. Come medico capo di una Società di navigazione (*Lloyd di Trieste*), si associa pienamente a quanto ha detto il Direttore generale della Sanità circa la sanità marittima internazionale. Dà notizie intorno alle opere di previdenza ed assistenza sociale che funzionavano sotto il passato regime nell'Istria e che sono in attività oggi, e si intrattiene sulle assicurazioni sociali, che da un ventennio funzionano in quelle regioni e delle quali si ha una buona esperienza di cui occorre tener conto per evitare salti nel buio.

Terminata la discussione generale riprende la parola il Direttore generale LUTRARIO, che si dichiara d'accordo nel pensare che nella Sanità debbono venire concentrati tutti i servizi sanitari e che altri organi non si sostituiscano a funzioni di sua competenza. La guerra rese tutta l'Amministrazione pubblica tumultuosa ed incoordinata,

gli organi gelosi delle proprie prerogative e autonomie e, con tendenza ad invadere, ad interferire, a sovrapporsi. Dell'Amministrazione sanitaria si ha un concetto errato: immaginata come organismo ipertrofico e centralizzatore. La Sanità dispone solo di 300 tecnici e 150 agenti in cifra tonda, tutte le categorie comprese, al centro ed alla periferia. Per 382 porti si hanno solo 32 tecnici e 108 guardie, che devono pure accudire alla custodia e manutenzione di 25 magazzini di materiale profilattico, che contengono circa 72 milioni di lire di materiale.

Delle attribuzioni della Sanità non ve n'è alcuna che possa venire dissociata: se mai dovrebbe essere il contrario, come opportunamente ha rilevato il Consiglio, molti essendo i campi di un carattere squisitamente sanitario che sono oggi sparsi tra le diverse Amministrazioni dello Stato, senza che la Sanità possa intervenire con la sua azione, per regolarne il funzionamento. La lentezza dei servizi. se essa esiste, è dovuta alle innumere inflessioni, incidenze, interferenze di altre Amministrazioni. La Sanità deve essere organo di azione, di propulsione, e per tanto non può venire dissociata la funzione tecnica dalla funzione amministrativa. L'azione è per la sua intrinseca natura amministrativa. Nel 1899-1900 si cercò di dare alla Sanità un'impronta assolutamente tecnica. Quello fu il periodo più disastroso per la Sanità, e si sentì il bisogno di creare la Direzione generale. L'esame dei progetti tecnici da parte della Sanità non è un duplicato, poichè l'esame del Genio Civile alla periferia si limita di preferenza al lato costruttivo ed economico dell'opera, mentre l'esame che assicuri il rendimento igienico viene fatto dalla Direzione generale della Sanità.

Per dare la prova della importanza di questo esame da parte della Sanità, basta dire che con un recente provvedimento legislativo, allo scopo di dare lavoro per la disoccupazione, venne accentrata nella Cassa Depositi e Prestiti la disamina delle domande di mutuo in base al parere favorevole degli organi tecnici alla periferia. Ben presto però il Comitato Interministeriale dovette accorgersi della incompletezza dei progetti sotto l'aspetto igienico ed, a proposta di uno dei suoi più autorevoli componenti, fu deciso che i progetti stessi venissero previamente esaminati dalla Sanità, ripristinando così quelle attribuzioni importantissime di cui per un momento, sia pure a fin di bene, si era creduto di poter fare a meno.

Riguardo all'assicurazione obbligatoria sulle malattie, il relatore, pur sentendo tutta la grandiosa importanza di questo fondamentale problema, dichiara che ogni competenza in riguardo spetta ad altro dicastero. Richiama i concetti recentemente espressi al riguardo dall'on. Dello Sbarba a Firenze.

Rispondendo al Consigliere Castiglioni fa rilevare la tendenza verso la coordinazione dei servizi. Al prof. Lanfranchi assicura che sarà tenuto conto dei rilievi fatti circa la provvista dei sieri a bordo. Al prof. Manfredi dà notizia che è stato disposto che i medici provinciali facciano parte delle Commissioni permanenti di bonifica.

Mette ai voti gli ordini del giorno stati presentati che vengono tutti approvati.

Essi riguardano:

1° l'Amministrazione della Sanità Pubblica. che deve essere mantenuta integra nella sua efficienza ed in tutti i suoi organi;

2° la costruzione dello istituto vaccinogeno dello Stato;

3° il progetto di legge per la lotta contro la malaria in Sardegna;

4° l'assistenza ai congedati malarici;

5° il censimento dei venerei;

6° l'approvazione del progetto di legge sulla tubercolosi di guerra;

7° le provvidenze di profilassi internazionale e di Sanità marittima;

8° il regolamento interno dei befrotrofi di cui è allo studio la modificazione;

9° l'assegnazione ad istituzioni di carattere consorziale in pro dell'infanzia e dove già tali istituzioni esistano in misura sufficiente ad altre opere di assistenza sociale gli utili dati dalle speciali istituzioni provinciali per i cereali e consumi;

10° le istituzioni ospedaliere (manicomi, ospedali, brefotrofi) nei riguardi della integrazione e coordinamento delle competenze relative alla vigilanza e funzionamento di tutte le mansioni di indole tecnica di essi;

11° le bonifiche antimalariche e Enti autonomi di bonifica.

Ritornandosi all'ordine del giorno:

ASCOLI riferisce sull'impiego, nella profilassi della difterite, del metodo Schick che dà una reazione innocua e specifica; è positiva solo nei disposti alla malattia. È evidente la utilità di tale indagine nei riguardi della profilassi antidifterica. Parla degli studi fatti per procurare una immunizzazione attiva con un miscuglio di tossina e di antitossina difterica che avrebbe durata assai lunga; fa voto che la Direzione Generale della Sanità possa provvedere alla distribuzione del siero Schick e dalla preparazione di miscugli di tossina ed antitossina per l'immunizzazione attiva.

ASCOLI riferisce anche sull'azione antimalarica della cinconina. Dice sugli studi da lui fatti e sugli esperimenti clinici riusciti nella cura sulla malaria. Agisce in questo come la chinina; solo occorre impiegare dosi un po' più forti. Si può usare in casi di intolleranza della chinina. Qualche lieve disturbo visivo, che talvolta si ha, è trascurabile. Essa poi costa meno della chinina. Quanto ai miscugli di chinina e cinconina i risultati delle ricerche fatte sono meno incoraggianti; è preferibile adoperare pur sia l'uno sia l'altro alcaloide.

Fu approvato apposito ordine del giorno per la iscrizione di essa nella farmacopea ufficiale.

Dopo aver preso in esame il servizio veterinario, si passa a discutere alcune modificazioni da

apportare al regolamento di Sanità marittima nei riguardi dell'arruolamento dei medici di porto e si approvano le proposte fatte dall' Ufficio con qualche lieve variante.

Seguì l'esame del progetto per l'Istituto vaccinogeno di Stato che fu approvato; quello del progetto per il completamento dell'ospedale della Vittoria che fu pure approvato; l'esame di modifiche al regolamento del manicomio di Firenze e del manicomio di Palermo e furono adottati provvedimenti in base a proposta di apposita Commissione composta dei professori senatore Leonardo Bianchi, prof. Pelizzi e prof. Giannelli.

Fu dato parere sull'apertura di una casa di salute nella villa già Castagnola in Pallanza.

Il Consiglio decise contro numerosi ricorsi di Comuni avverso provvedimenti tutori per aumenti di stipendio a medici condotti ed a veterinari condotti ed ufficiali sanitari.

Si occupò pure dei ricorsi contro l'elezione dell'Ordine dei Medici di Roma, dell'Ordine dei Medici di Ravenna e di quello di Potenza, dell'Ordine dei farmacisti di Caserta, dell'Ordine dei farmacisti di Siena e di Treviso e degli Ordini dei veterinari di Ascoli.

Assistenza e cura dei congedati malarici durante la campagna estivo-autunn. del 1922.

Il Sottosegretariato per l'assistenza militare e le pensioni di guerra (Servizio assistenza militare) ha diramato una circolare in data 25 giugno, nella quale si rileva che l'anno finanziario 1922-23 è l'ultimo in cui verranno attuati gli speciali provvedimenti di assistenza istituiti da quel Sottosegretariato dal maggio 1920 a favore dei malarici di guerra.

Occorre pertanto che in questo periodo di tempo, e specialmente durante la imminente stagione epidemica della malaria, sieno intensificati al massimo tutti i servizi inerenti all'assistenza e cura dei congedati malarici, attenendosi alle direttive tracciate dal Comitato Tecnico Consultivo Antimalarico.

Raccomandasi in particolare che i varî enti cooperanti contribuiscano a persuadere i malarici censiti, e non ancora guariti, a completare la loro bonifica individuale.

Il maggiore assegnamento dovrà farsi sulle varie forme di cura ambulatoria. Il chinino dovrà essere distribuito direttamente dal medico al malarico, e sarà interesse del medico di assicurarsi che il farmaco sia stato effettivamente ingerito.

Gli ufficiali sanitari e i medici condotti dovranno tenere esatta nota dei malarici curati e dei risultati ottenuti, distinguendo i curati in guariti, migliorati, stazionari, incerti e morti.

Essi dovranno considerare come guariti quei malarici i quali, nell'inverno e nella primavera inoltrata, cioè dal gennaio al giugno, non abbiano avuto recidive, e nello stesso tempo presentino notevole riduzione dell'ingrossamento della milza e notevole miglioramento delle condizioni generali di nutrizione.

La qualifica di stazionario deve riservarsi soltanto ai casi eccezionali, in cui il trattamento curativo sia rimasto inefficace. Il malarico, se è ben curato, non può rimanere stazionario, salvo che si sia esposto a reinfezione. Le statistiche in cui figurano molti malarici stazionari sono per lo più un indice della poca diligenza con cui i medici hanno seguito il corso della cura.

Nei soli casi veramente gravi i malarici di guerra potranno essere inviati in cura presso Ospedali. All'uopo dovrà darsi la preferenza agli ospedali militari sui civili, atteso l'alto costo della retta in questi ultimi.

Si mantengono i premi pecuniari per quei medici che daranno opera più assidua e fattiva per l'assistenza e cura dei congedati malarici. Essi verranno corrisposti alla fine del 1922 e saranno commisurati al numero dei malarici *guariti* da ciascun sanitario nell'anno in corso. Tale dato, pertanto, dovrà risultare per ogni sanitario nelle proposte che i Comitati provinciali formuleranno a suo tempo, e che dovranno essere trasmesse a questo Sottosegretariato non oltre il 15 gennaio 1923.

Le proposte stesse dovranno essere concrete per ogni sanitario, tenendo presente però che i premi che si concedono dal Sottosegretariato non possono essere mai il pagamento integrale delle prestazioni professionali dei sanitari, ma rappresentano semplicemente un segno tangibile (per quanto le scarse disponibilità di bilancio lo consentano) dell'apprezzamento, per parte del Governo, dell'efficace loro concorso in un'opera di tanta importanza igienica e sociale.

I Comitati provinciali cureranno, nella compilazione delle proposte suddette, di fornire le complete ed esatte generalità degli interessati.

Verrà continuata la concessione dei sussidi pecuniari ai congedati malarici in condizione di maggior bisogno.

Tenuto conto della grande massa dei congedati malarici già guariti (il 50 % dei curati), ed in considerazione delle limitate disponibilità di bilancio, che obbligano a contenere le spese nei limiti strettamente richiesti dalle più imperiose necessità del servizio, il Sottosegretariato, su parere del Comitato Tecnico Consultivo Antimalarico, ha disposto che dal 1° luglio 1922 siano mantenuti i Coadiutori dei Medici provinciali soltanto nelle seguenti provincie:

Avellino, Bari, Benevento, Cagliari, Caltanissetta, Campobasso, Caserta, Catania, Catanzaro, Chieti, Cosenza, Cremona, Firenze, Foggia, Lecce, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Parma, Pavia, Perugia, Pisa, Roma, Salerno, Sassari, Siracusa, Trapani, Treviso, Udine, Venezia, Trieste, Girgenti, Novara, Verona.

I rendiconti delle spese occorse dal 1° luglio al 31 dicembre 1922 per i titoli di cui sopra, dovranno essere trasmessi al Sottosegretariato non oltre il 31 gennaio 1923.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio, Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Potenza*: Dottori: Pittella Oreste, Lauria — Pasquarelli Michele, Marsiconuovo — Grimaldi Edoardo, Palmira — Pascale Carmine, Satriano di Lucania — De Grazia Gerardo, Albano — Messusti Gaetano, Latronico — Dinella Paolo, Maschito — Scalese Giovanni, S. Mauro Forte — Verga Natale, Abriola — Bozza Emilio, Barile — Corone Raffaele, Brienza — Albani Nicola, Genzano — Pagniello Raffaele, Melfi — Miglionico Raffaele, Moliterno — Laureano Stefano, Rapallo — Robiiotta Andrea, Montemurro — Sivilla Pietro, Pietrapertosa — Giani Domenico, Tramutola — Di Salvia Giambattista, Anzi — Demma Filippo, Armento — Sansone Vito, Bella — Taranico Pietro, Castelluccio Superiore — Lardo Giuseppe, Castelsaraceno — Pelosi Giovanni, Castelluccio Inferiore — Cammarota Paolo, Pignola — Bellinfante Nicola, Rivello — Corleto Donato, Sasso Castalda — D'Elia Giuseppe, Sant'Angelo Le Fratte — Lonigro Lorenzo, Terranova di Pollino — Iannelli Giuseppe, Vaglio Basilicata — Scerre Francesco, Campomaggiore — Basile Eugenio, Cancellara — Siervo Raffaele, Lagonegro — Reali Biagio, Laurenzana — Iorio Cesare, Rotonda — Zagaria Nicola, Salandra — Gilberti Paolo, Saponara di Grumento — Petrocelli Giuseppe, Spinoso — Rotondano Pietro, Trecchia — Caporale Vincenzo, Viggianello — De Cunto Vincenzo, Viggiano — Lancieri Pasquale, Tito.

Provincia di *Teramo*: Dottori: Tassoni Francesco, Campli — Antici Tommaso, Loreto — Tattoni Giuseppe, Isola — Perotti Rocco, Montorio — De Galitiis Giuseppe, Atri — De Filippis Antonio, Castiglione Messer Raimondo — De Vico Fortunato, Farindola — Martelli Ulderico, Castiglione Valle — Pierangeli Vincenzo, Rocciano — Cantarelli Giuseppe, Corropoli — Quintilinni Eugenio, Germignano — De Sanctis Nicola, Tortoreto — De Flamineis Luigi, Catignano — Di Giuseppe Giacomo, Basciano — Penseri Massimo, Cellino — Pandolfi Adolfo, Castiglione a Casauria — Colarossi Luigi, Carpineto — Mariotti Vincenzo, Moscufo — Capuani Francesco, Torricella — Castagna Romeo, Colonnella.

Provincia di *Siracusa*: Dottori: Sipione Emanuele, Rosolini — Pisasale Michele, Ferla — Casì Michelangelo, Chiaramento — Salvo Arcangelo, Comiso — Barberi Ignazio, Buccheri — La Monica Carmelo, Solarino — Tartaglia Luigi, Modica — Lino Gaetano, Avola — Colletti Giusto, Pachino — Messina Giuseppe, Palazzolo — Migneco Giuseppe, Canicattini — Mineo Bartolo, Giarratana — Fazzino Paolo, Buscemi — Paravizzino Giovanni, Cassaro — Pinto Domenico, Augusta — Rossitto Francesco, Calentini — Giuliano Vincenzo, Floridia — Pagano Ignazio, Monterosso — Fiorilla Melchiorre, S. Croce.

Provincia di *Rovigo*: Dottori: Santangelo Antonio, Papozze — Agopian Paolo, Corbola — Slaviero Gherardo, Castelguglielmo — Muzzioli Giulio, Ficarolo — Imperiale Mario, Porto Tolle — Vacca Vittorio, Villanova Marchesana — Caruso Antonio, Guarda Veneta — Mastracchio Guido, Castelnuovo Bariano — Pavanetto Ferruccio, Giacciano con Baruchella — Recca Alfredo, Canda — Ferrari Biagio, Bottrighe — Evangelisti Dionigio, Villa d'Adige.

Il Commissariato Prefettizio all'Ordine dei medici di Roma.

Con decreto dell'11 luglio corr. il Prefetto di Roma, accogliendo la rassegna del mandato del Consiglio dei Medici della Provincia, in seguito al parere a questo contrario del Consiglio Superiore di Sanità, ha nominato commissario per la temporanea amministrazione dell'Ordine stesso il dottor cav. Collina, medico provinciale, addetto al Ministero dell'Interno, e che ha assunto l'incarico il 19 luglio.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9512) *Medici condotti interinali - Iscrizione cassa pensioni.* — Dott. F. S. da M. — Ella ha ragione. Ma il regolamento attuale sulla Cassa di Previdenza ammette solo in parte che il periodo di servizio interinale concorra nella liquidazione della pensione. Col nuovo progetto di legge viene però, computato ad ogni effetto. Vedasi articolo pubblicato nel numero 27.

(9513) *Ufficiale sanitario.* — Dott. F. Z. da P. — Il Prefetto poteva investire delle funzioni di medico ufficiale sanitario il libero esercente se questi fosse stato designato in seguito a pubblico concorso. Ma non poteva togliere tale carica al medico condotto per assegnarla ad un libero esercente in linea provvisoria in attesa che questi sostenga il concorso, essendo già cessata la facoltà nei Prefetti di disporre incarichi provvisorii. Impugni il decreto Prefettizio o alla IV Sezione del Consiglio di Stato nel termine di giorni 60 dalla notifica del provvedimento, o, con ricorso a S. M. il Re in linea straordinaria nel termine di giorni 180 dalla notifica. La ragione da addurre principalmente è la mancanza nel Prefetto della facoltà di procedere più a nomine provvisorie di ufficiali sanitarii.

(9515) *Cassa di previdenza.* — Dott. M. S. da F. — Ella non può avvalersi del disposto dello articolo 41 della legge sulla Cassa di previdenza per rimanere inscritto alla Cassa medesima durante il periodo di inabilità, perchè non si trova nelle condizioni tassativamente da detto articolo richieste.

(9516) *Pretenzione in un concorso di un documento principale.* — Dott. V. Z. da M. — Per produrre ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato occorre la firma di un avvocato. Il termine è di giorni 60 dalla notifica dell'esito del concorso. Sembra però, che sia più opportuno promuovere il giudizio del magistrato per la rifusione dei danni. che indubbiamente le competono per essere stato escluso da un concorso pel quale avea presentato tutti i documenti in regola. Il giudizio civile si può proporre anche indipendentemente da quello amministrativo, in quanto che l'autorità giudiziaria non annulla l'atto amministrativo, ma si limita a far risarcire il danno materiale da esso prodotto, a chi lo reclama.

(9517) *Partecipazione ad un concorso.* — Dott. F. B. da P. B. — Mentre si è in servizio in un Comune nulla vieta che si prenda parte ad un

concorso bandito da altro Comune. Nulla si conosce circa il passaggio alla dipendenza dello Stato.

Servizio medico-militare. — Al dott. M. D. da R.: Se il mezzo di trasporto è una bicicletta ha diritto all'indennità chilometrica. Per qualsiasi altro mezzo di trasporto fornito dall'Amministrazione non ha diritto ad alcuna indennità.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. anat. patol. e analisi cliniche. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CASERTA *R. Prefettura.* — Undici posti di uff. san. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Al 10 agosto, ore 17; condotte di Tirli e Vetulonia; lire 9000 e doppio c.-v. Stato famiglia.

CICCIANO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 15 agosto.

ESPERIA (*Caserta*). — Scad. 15 agosto. L. 6000, 3 quinq., c.-v. Età lim. 40 anni, Inscriz. a un albo.

FABRO (*Perugia*). — Ab. 1100 circa; L. 6000 fino a 1000 pov., doppio c.-v., addizion. L. 2, L. 1000 disag. resid., L. 1000 resid. povera, L. 500 trasp., L. 156 caval. Scad. 40 g. dal 18 luglio.

LAURIA (*Potenza*). — Scade 31 ag. L. 3000 per 300 fam. povere; L. 10 ogni fam. in più; 1ª indenn. caro-viv. Età limite 45 anni. I concorrenti devono inviare cartolina-vaglia di L. 60.15 intestata al Tesoriere Prov. di Potenza per competenze Commissione giudicatrice.

MELARA (*Rovigo*). — Scadenza 4 agosto. L. 7500 per 1000 pov.; L. 100 per gruppi di 50 (o frazione); L. 2500 trasp.; doppio c.-v.; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni.

MODENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. del capoluogo. Vedi fasc. 28. Scad. 20 agosto.

OLGIATE (*Como*). — Consorzio; alle ore 16 del 31 ag. Età mass. 40. Due anni di condotte o di assistentato in osped. pubb. o clin. Classificaz. esami. L. 5500 elevab. a L. 6000 dopo un biennio per 1000 pov.; addiz. L. 2 fino a 2000 pov., L. 3 fino a 3000; 3 quinq. dec., doppio c.-v.; L. 2000 trasporto.

RIVERGARO (*Piacenza*). — L. 6500, oltre L. 3000 per 1000 pov., L. 650 uff. san., L. 400 ambul., lire 600 cav.; 5 quadrienni dec., L. 3000 cav., L. 2000 c.-v. cav. Serv. entro 15 g. A tutto 15 agosto.

RODONDESCO (*Mantova*). — Scadenza 10 agosto. L. 9000 e 5 quadrienni decimo, doppio c.-v., L. 4000 cav., L. 600 uff. san.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni.* — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

STAZZEMA (*Lucca*). — A tutto il 10 agosto, per 900 pov. su 2828 ab.; L. 8800 e 4 quinquenni decimo, L. 2000 cav., L. 2400 c.-v. Servizio entro 15 g.

TARANTO. — Direttore Labor. Med. Batteriol. Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

Medico giovane, pratico condotte, accetterebbe ovunque buon interinato, anche di lunga durata, o posto di assistente presso ospedale. Scrivere: signorina Batacchi, via Luigi Bonazzi, n. 5 - Perugia.

La Commissione aggiudicatrice delle sei borse di studio per la medicina del lavoro, istituite dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, è risultata così costituita: dott. Giulio Calamai, presidente e prof. Luigi Devoto, prof. Luigi Ferrannini, prof. Antonio Nori, prof. Salvatore Ottolenghi, membri e dott. Francesco Simeone e dott. Cesare Giannini, segretari.

Per norma dei concorrenti si rammenta che le borse di studio sono in numero di sei ripartite in parti uguali tra le Cliniche del Lavoro di Milano e di Napoli.

La Commissione aggiudicatrice del concorso a premi per memorie attinenti alle assicurazioni sociali, indetto dal Ministro del lavoro e della previdenza sociale, è stata composta come appresso: S. E. prof. Lodovico Mortara, presidente e prof. Lorenzo Borri, dott. Giulio Calamani, prof. Giuseppe Chiovenda, prof. Luigi Devoto, prof. Giovanni Loriga, on. prof. Gaetano Pieraccini, membri e dott. Francesco Simeone e dott. Cesare Giannini, segretari.

Avvertenza. — Gli annunzi per richiesta ed offerta di posti vacanti debbono pervenirci almeno dodici giorni prima della data di pubblicazione, poichè, data la nostra alta tiratura, siamo costretti a far impaginare e mandare in macchina con molti giorni di anticipo.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Ducceschi Virgilio, straordinario di fisiologia a Pavia, è stato (finalmente) promosso ordinario. I nostri rallegramenti vivissimi all'insigne studioso e nostro amico.

È stata conferita la medaglia di bronzo pei benemeriti della salute pubblica al dott. cav. uff. Francesco Vanni, medico dell'ospedale di S. Spirito di Casale Monferrato (Alessandria), per le cure prestate ai colerosi in zona d'operazione come ufficiale medico di complemento.

Il nostro collaboratore dott. prof. Giuseppe Roasenda, docente di Neuropatologia presso la R. U-

niversità di Torino e medico direttore dello Stabilimento Idroterapico di Graglia-Bagni (Biella), è stato insignito dell'onorificenza di cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Su proposta di S. E. l'on. Luigi Fulci, Sua Maestà il Re ha firmato il decreto di nomina a cavaliere della Corona di Italia del dott. prof. Carlo Basile, libero docente nelle nostra Università presso la R. Clinica Medica di Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza internazionale antitubercolare.

Si è riunità in questi giorni a Bruxelles la Conferenza internazionale antitubercolare alla quale hanno preso parte i rappresentanti di 42 Stati.

Sono stati discussi a fondo importanti temi fra cui le opere di assistenza dell'infanzia, le cure di allenamento e di lavoro durante e dopo il periodo sanatoriale, l'assistenza a domicilio per opera delle infermiere visitatrici.

Oltre che dai delegati ufficiali sen. prof. Pio Foà e prof. Vittorio Ascoli, l'Italia era rappresentata dal colonnello prof. Guido Mendes, direttore del Sanatorio Battisti della C. R. I., e dal prof. G. B. Roatta, direttore del dispensario antitubercolare di Firenze.

A nome della delegazione italiana ha parlato il sen. Foà, illustrando il notevole impulso che ha preso in questi anni l'attività antitubercolare in Italia.

Il prossimo Congresso avrà luogo nel 1924 in Svizzera.

I Congresso medico Marchigiano.

La Società medica di Ancona indice dall'11 al 22 settembre un Convegno medico regionale, nel desiderio di attivare il movimento scientifico e di affiatare i colleghi della nobile regione picena.

Si prega di comunicare in tempo utile i titoli delle comunicazioni al segretario dott. Gustavo Modena, Ancona.

Congresso internazionale di propaganda d'Igiene sociale.

Si terrà a Parigi in occasione del centenario di Pasteur, dal 18 al 24 dicembre 1922.

Per la profilassi antimalarica.

All'interrogazione del sen. Grassi, da noi riportata nello scorso numero, l'on. Casertano ha risposto che i malarici i quali rifiutano di sottoporsi alle cure prescritte dal medico e che pertanto sono pericolosi non si possono allontanare senza una speciale legge votata dal Parlamento.

Il sen. Grassi replica esponendo i pericoli a cui questi malarici espongono la collettività e conforta la sua tesi con qualche esempio.

L'on. Casertano assicura che farà una circolare ai Prefetti perchè sia intensificata la sorveglianza sanitaria.

Per il servizio farmaceutico nei piccoli Comuni.

Il Sottosegretario per l'interno ha raccomandato ai Prefetti, per mezzo di circolare, che informino al più presto il ministero sul servizio farmaceutico nei piccoli Comuni. Ha rivolto anche invito di voler fare pervenire al Ministero il parere sulla istituzione di farmacie nelle borgate o frazioni di Comuni che ne sono prive.

Propaganda igienica.

Il direttore del Dispensario d'Igiene sociale di Caltagirone, dott. S. Cona, ha tenuto un corso di conferenze igieniche all'Associazione delle Dame di Carità, alla Società San Vincenzo di Paoli e al Comitato della Colonia montana pro-Infantia, siccome quelle istituzioni benemerite, che possono con un'attiva ed intelligente propaganda contribuire a formare una educazione igienica in mezzo alle masse, con le quali si trovano a maggiore contatto per la nobile missione cui sono inspirate.

Il dott. Cona si propone così d'integrare l'opera benefica del Dispensario antitubercolare con la formazione di una coscienza igienica.

Le conferenze verranno pubblicate a beneficio di dette istituzioni; si prenotano presso lo stesso dott. Cona al prezzo di L. 6 ogni copia, che si comporrà di 10 conferenze.

La Festa del Fiore a Cesena (Forlì)

Il 4 giugno — ricorrenza della festa dello Statuto — per iniziativa della Associazione Cesenate contro la diffusione della tubercolosi, e sotto la direzione del suo presidente cav. dott. Luigi Pio, si svolse una festa del fiore. L'incasso netto fu di L. 2564.45, devolute alla predetta Associazione antitubercolare di Cesena. I fiori rimasti furono, con gentile pensiero, portati da alcune signorine al Cimitero Urbano e depositati su tutte le tombe dei morti in guerra, ivi sepolti.

Lascito cospicuo.

Il principe Alberto di Monaco ha legato, morendo, la somma di un milione di franchi all'Accademia delle scienze di Parigi.

La Fondazione Rockefeller per l'insegnamento medico nel Belgio.

La Fondazione Rockefeller promuove l'istituzione di una Università Medica moderna a Bruxelles, dirigendo ed unificando varie altre iniziative sorte con tale scopo. La Fondazione ha destinato anche un milione di dollari alla Fondazione Regina Elisabetta per gli studi medici di perfezionamento e per l'assistenza infermiera.

Sussidi agli studenti rumeni in Francia.

Il *Journal Officiel* pubblica un decreto presidenziale dal quale risulta che sono stanziati nel bilancio statale francese L. 480,000 per borse e rifusione di spese di studio a studenti di paesi amici. Tale stanziamento è destinato agli studenti rumeni.

ASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Mediz. Woch., 12 mag. — I. SNAPPER. Porfirinuria con e senza coliche. — K. FREHSE. Pressione arteriosa nella dispnea dei cardiaci.

Rif. Med., 1° mag. — P. BRISOTTO. Cause dell'adenoidismo. — G. ANZILOTTI. Lesione precancerosa del labbro. — M. G. SENDIKOFF. Influenza della pituitrina sulla funzione motoria della vescica.

Soc. Med. d. Hôp., 11 mag. — OUDARD. Iniezioni intratracheali col metodo Mendel. — LOEPER e A. MONGERT. Azione cardiovascolare della pepsina. — GOUGEROT e BLAMONTIER. Choc emoclasico da applicazioni esterne.

British Med. Journ., 13 mag. — A. CHAUFFARD. La sindrome umorale della gotta. — GREENWOOD. Lavoro e salute generale.

Pathologica, 15 mag. — A. URBANI. Inverniciamento degli animali nella produzione dell'immunsiero antivaccinico.

Minerva Med., 15 mag. — C. SESTINI. Iniezioni endovenose di urotropina nel reumatismo articolare acuto.

Paris Méd., 13 mag. — H. GOUGEROT. Crisi nitritoidi viscerali da 914. — F. MOUTIER. La rialimentazione nei dispeptici dimagrati. — J. MORESTIER e L. LEROUX. Controllo delle iniezioni intratracheali con olio iodato e i raggi X.

Ann. di Med. Nav. e Colon., mar.-apr. — M. BELLI. Igiene dei sommergibili. — B. MATTA e A. DEVOTO. Terapia della lepra con i preparati cuprici.

La Med. Ibera, 6 mag. — V. SOLDEVILLA. La febbricola nella diagnosi precoce del cancro gastrico.

L'Osped. Maggiore, 31 mar. — G. A. AMBROSOLI. Sifiloderma anulare centrifugo atrofizzante. — C. PESTALOZZA. La malaria infantile a Milano.

Lancet, 13 mag. — F. I. SADLER. Insufficienza endocrina e malattie intestinali croniche. — I. HARRIS. I moderni metodi d'investigazione in cardiologia. — G. PHEAR e J. PARKINSON. L'adrenalina nella sindrome Stokes-Adams.

La Presse Méd., 10 mag. — E. JEANSELME, M. POMARET e M. BLOCH. L'amino-arseno-fenolo nel trattamento della sifilide per via intramuscolare. — H. ACCOGER. I corpuscoli leucocitari di Barranikow-Döhle.

Rev. del Circ. Med. Argentino, gen. — G. GAMBETTA. L'abito astenico di Stiller. — feb. H. L. CARETTI. La classificazione delle malattie del rene in Germania.

Journ. de Méd. de Paris, 20 mag. — LÉVY-FRANCKEL. Trattamento dell'eczema.

Boletin Medico, 1° mag. — S. GUTIÉRREZ MACÍA. Un corso di profilassi antimalarica a Nettuno (Italia).

Arch. Ital. di Sc. Med. Coloniali, mar.-apr. — R. ONORATO. Le miasi in Tripolitania. — G. CORTEN. La città di Tripoli dal punto di vista sanitario nel decennio 1912-1921.

ARCHIVI.

Annales Inst. Pasteur, maggio. — G. SANARELLI. Il «colera intestinale» dei giovani animali. — S. MASAKI. Meccanismo dell'infezione colerica e vaccinazione contro il colera per via intestinale. — A. KIRCHENSTEIN. Struttura e modo di sviluppo del bacillo tubercolare.

L'Encéphale, mag. — ANDRÉ-THOMAS. Le localizzazioni cerebellari. — K. H. KRABBE. Sclerosi tuberosa del cervello (malattia di Bourneville). — I. URECHIA. Turbe psichiche nella tabe.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 7 Agosto 1922 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

DIVAGAZIONI CLINICHE.

Considerazioni di un vecchio urologo sui recenti risultati della terapia Röntgen.

Prof. NICOLICH GIORGIO.

Mi sono dato il poco invidiabile titolo di vecchio urologo per due motivi; primo, perchè quasi mezzo secolo di pratica mi diede occasione di osservare molti ammalati, secondo, perchè la mia tarda età può farmi giudicare non troppo serenamente tutto quello che è nuovo.

Lascio al lettore giudicare se quanto sarò per esporre sia frutto di una lunga esperienza, o sia l'effetto della vecchiaia che bene spesso, anche senza volerlo, è *laudatrix temporis acti.*

Recentemente lessi in alcune pubblicazioni degli effetti terapeutici dei raggi Röntgen; non posso dire che questa lettura mi abbia convinto che tutto quello che stava scritto fosse oro di zecca.

Quasi tutte le malattie potevano, secondo quegli autori, essere curate con esiti brillanti mediante i raggi X.

Lascio ad altri più di me competenti, giudicare, se realmente tutti quegli splendidi risultati non sieno da considerarsi alquanto scetticamente. Io voglio fare soltanto alcune osservazioni su quello che concerne la cura di certe affezioni degli organi urinari.

Wetterer (1) narra aver trattato coi raggi X 956 prostatiti ottenendo nel maggior numero dei casi buoni ed in alcuni splendini risultati. La prostatite semplice provocata dai comuni

(1) *Handbuch der Röntgen und Radium Therapie.* München, 1920.

piogeni viene con buon esito curata in tutti i suoi differenti stadi; già dopo una sola irradiazione può diminuire la tensione della prostata e rapidamente retrocedere il tumore che faceva prominenza nel retto. Nel caso poi che si sia già formato un ascesso si favorirà con questo mezzo la sua perforazione nel retto o nell'uretra e si influirà sulla retrocessione dei sintomi flogistici.

Far sparire il tumore che fa sporgenza nel retto dopo una sola irradiazione ha del miracoloso; l'apertura poi dell'ascesso nell'uretra avviene tanto spesso spontaneamente che è lecito dubitare se sieno stati veramente i raggi X a favorire questo modo di guarigione.

Per fortuna che l'autore avverte che bisogna esser pronti a fare l'incisione dell'ascesso prostatico se vi è minaccia di diffusione del processo suppurativo nei tessuti circostanti.

Dove poi la Röntgen terapia, secondo Wetterer ha la migliore indicazione è nella prostatite blenorragica, il più delle volte una od alcune irradiazioni bastano a guarire le forme recenti, anche nelle forme croniche si hanno pronti e completi successi. Spariscono le sensazioni della regione sacrale, i dolori riflessi del pene, dei testicoli, delle coscie e la viripotenza ritorna normale.

Dopo tanti straordinari successi è piuttosto strano che l'autore raccomandi come cura coadiuvante il massaggio giornaliero della prostata, che molte volte basta da solo a guarire la prostatite.

Anche nell'ipertrofia senile della prostata Wetterer ha avuto buoni risultati con la cura Röntgen; specialmente gl'ingrossamenti prostatici di consistenza molle sono rapidamente influenzati dalla cura. Già dopo un giorno dall'irradiazione il paziente si sente molto sollevato, la minzione si compie più facilmente e con l'esplorazione digitale per il retto si può in brevissimo tempo constatare una diminuzione del volume della prostata. I casi più resistenti alla cura sono quelli con prostate dure e fibrose, anche in questi però si può ottenere diminuzione delle sofferenze e miglioramento nell'emissione dell'orina. Egli cita in appoggio delle sue asserzioni le storie di alcuni suoi casi e di alcuni di Moszkowicz, di Stegmann e di Casper.

Prima di prendere in considerazione questi casi ne voglio citare uno da me osservato anni or sono; si trattava di un paziente di circa sessant'anni creduto affetto da ipertrofia prostatica e curato coi raggi X. Dopo pochi giorni egli si credeva guarito tanta era la sua fede nella nuova cura. Poco tempo dopo la meravigliosa guarigione, operai questo paziente con la litotrizia; tolto il calcolo sparirono anche i disturbi attribuiti alla prostata che non era ipertrofica. Citai questo caso perchè fornisce una prova dell'importanza che si può dare alle asserzioni degli ammalati quando suggestionati dai mezzi curativi che hanno una influenza per il modo di loro applicazione, dicono di sentirsi addirittura guariti.

Nessuno dei pochi casi citati dal Wetterer dimostra che sia stata proprio la sola terapia Röntgen ad ottenere i buoni risultati osservati, perchè in tutti i casi si fece largo uso della siringazione metodica. Se poi prendiamo in considerazione quanto, basandosi sulla sua esperienza, asserisce il Casper, crolla tutta l'aureola dei raggi X nella cura della vera ipertrofia della prostata. Questo chirurgo basandosi sulle sue esperienze si dichiara contrario alla cura Röntgen nell'ipertrofia prostatica.

Il Wetterer afferma pure che in casi specialmente favorevoli, l'efficacia della cura può esser tale da ridurre il volume della prostata ipertrofica in modo da non poterla più distinguere dai tessuti circostanti. Mi pare che simili risultati non sieno neppur discutibili, tanto hanno del soprannaturale.

In una malattia tanto proteiforme nelle sue manifestazioni, è molto difficile giudicare quando e perchè subentrino dei miglioramenti, che possono per molto tempo essere creduti vere guarigioni. Vi sono prostatici, che già dopo un primo attacco di ritenzione completa di urina, non riescono mai più a vuotare neppur in parte la vescica ed hanno bisogno di far uso del catetere per tutta la vita. Ve ne sono alcuni, che dopo un periodo di ritenzione completa, riacquistano il potere di vuotare spontaneamente e del tutto la vescica. Fra i molti prostatici nei quali vidi cessare del tutto la ritenzione, ricordo un vecchio di 76 anni che dopo un periodo di tre settimane potè ristabilirsi completamente ed orinare benissimo per cinque anni, in capo ai quali soffrì di un nuovo attacco di ritenzione completa che scomparve in dodici giorni. Presentemente questo vecchio di 81 anni sta benissimo e non ha il più piccolo disturbo nell'emettere l'orina.

Anche nelle forme di ritenzione incompleta si vedono dei notevoli miglioramenti con il semplice cateterismo vescicale.

Questi miglioramenti che talora sembrano vere guarigioni sono abbastanza frequenti quando gli ammalati sono curati regolarmente col cateterismo, è appunto questa frequenza dei miglioramenti che fecero credere alla effi-

cacia di tutti i mezzi usati per la cura dell'ipertrofia prostatica, come la castrazione, la vasectomia, l'angionevrectomia, l'irradiazione dei testicoli, ecc. ecc.

Tutti questi procedimenti sono caduti in dimenticanza, l'unico e vero rimedio dell'ipertrofia della prostata è l'operazione (prostatectomia) che sarà sempre meno pericolosa quanto più presto verrà eseguita.

Il Wetterer sostiene che anche la tubercolosi della prostata e della vescica può essere guarita coll'irradiazione che in certi casi adatti può pure rendere superflua la nefrectomia. In appoggio delle sue asserzioni dà relazione di 15 casi di tubercolosi vescicale trattati con la terapia Röntgen. Di questi casi, otto presentavano contemporaneamente tubercolosi dei reni, del bacinetto e dell'uretere, tre senza apparente tubercolosi renale ma con tubercolosi della prostata, del testicolo e dell'epididimo, uno con tubercolosi dell'uretra. Di questi 15 casi, 8 migliorarono moltissimo e 6 guarirono completamente, fra questi ultimi ve n'erano tre che avevano pure tubercolosi renale.

Sono codesti risultati tanto splendidi, che per quanto si sia ben disposti a crederli, lasciano sussistere qualche dubbio in chiunque abbia una estesa pratica di tubercolosi degli organi urinari.

Far balenare la speranza di guarigione di una tubercolosi renale senza bisogno della nefrectomia può in certi casi costituire una vera colpa. Se un paziente, che ha un solo rene tubercoloso e l'altro sano, riesce a sapere che può fare a meno di una operazione per guarire, rifiuterà la nefrectomia per sottoporsi alla cura Röntgen che gli farà perdere un tempo prezioso e forse la vita.

È cosa risaputa che quasi tutti i chirurghi non ammettono come cura della tubercolosi renale che la sola nefrectomia che avrà tanto maggiore probabilità di successo, quanto meno sarà ritardata.

Soltanto nei casi disperati si potrà usare la radio-terapia che, se non ad altro, servirà ad illudere e confortare i pazienti.

Mentre il Wetterer considera la terapia Röntgen come semplice cura palliativa e analgesica nei carcinomi del rene e della vescica, vi sono altri radiologhi che sostengono il contrario. Il Sighinolfi nel IV congresso italiano di radiologia tenuto a Bologna nel maggio 1922 così si esprimeva «la mia statistica pel carcinoma della vescica depone senz'altro contro l'operazione e per la più sollecita possibile irradiazione».

Non tutti i radiologhi sono così assoluti nelle loro affermazioni; il Lenk (1) in una recente pubblicazione tradotta dal Brunetti scrive che i casi operabili vanno incondizionatamente operati e a chi non consentisse in nessun modo di assoggettarsi ad intervento chirurgico deve essere reiteramente ricordata l'opportunità dell'intervento.

Per quanto poco edificante sia la cura chirurgica dei tumori maligni della vescica, non si può assolutamente escludere ch'essa, in certi casi favorevoli, non riesca a guarire il male o almeno a prolungare di molto la vita dei pazienti minacciata dalle profuse emorragie e dai fenomeni settici che accompagnano i tumori esulcerati. In ogni statistica di vari autori si possono trovare citati alcuni casi di carcinomi vescicali operati, che per molti anni si rantennero esenti da recidive. Sono pochi in vero, ma bastanti per giustificare l'intervento chirurgico nei casi i cui è indicato. Le indicazioni per un atto operativo non si possono ottenere che con la cistotomia esplorativa, perchè nè la cistoscopia nè la sintomatologia sono in tutti i casi sufficienti a fornirci un criterio per giudicare l'operabilità di un tumore della vescica.

La radio terapia profonda che secondo il Sighinolfi è tanto utile nei carcinomi vescicali, fu da lui finora applicata in un numero troppo esiguo di casi, per poter fare un confronto fra i suoi risultati e quelli dell'intervento chirurgico.

Nella sua relazione al congresso Sighinolfi cita dodici casi di carcinomi della vescica da lui curati con la radio-terapia profonda; di questi morirono cinque. Uno dopo due mesi dall'irradiazione, uno dopo quattro, uno dopo cinque, e due dopo sei. Gli altri sette che figurano come guarigioni cliniche temporanee, stavano bene uno dopo sei mesi dall'irradiazione, uno dopo sette, uno dopo otto, uno dopo undici, uno dopo dodici e uno dopo quindici. Di uno non si sa quanto duri ancora la guarigione. Quasi tutti questi casi erano, a dire il vero, in condizioni molto gravi, alcuni inoperabili e due recidivi, quindi anche l'intervento chirurgico non avrebbe dato un risultato migliore. Lo scarso numero però dei casi irradiati non autorizza, secondo me, il Sighinolfi a esprimersi così categoricamente contro l'operazione in tutti i casi di carcinoma della vescica.

***

Recentemente ebbi l'occasione di constatare in due pazienti curati da Sighinolfi una com-

---

(1) Lenk. Indicazioni Röntgenterapiche, traduzione Brunetti, Trieste, 1922.

plicazione molto rara nei tumori vescicali, la perforazione dell'intestino retto. Questo fatto mi fece sorgere il dubbio che la radioterapia potesse aver favorito questo spiacevole accidente. Prima di giustificare questo mio dubbio descriverò in breve la storia di questi due casi.

Un mio paziente che presentava una recidiva di un carcinoma vescicale fu irradiato per alcune ore consecutive. Dopo l'irradiazione l'ematuria a poco a poco cessò per poi ricomparire circa un mese dopo. Già prima di essere sottoposto alla irradiazione l'ammalato si lagnava di dolori all'arto sinistro, qualche settimana dopo la radioterapia il dolore aumentò d'intensità e tormentò il paziente fino al giorno della sua morte che avvenne quattro mesi dopo l'irradiazione.

Questi dolori agli arti inferiori si osservano abbastanza spesso nei carcinomi della vescica e della prostata, quello però che non si osserva quasi mai è la perforazione del retto che si manifestò due mesi prima della morte. L'ammalato emetteva per l'ano feci miste a orina sanguigna fetidissima e spesso anche frustoli del tumore.

Nel maggio 1922 vidi in consulto col professore Pellegrini di Chiari, un signore di cinquantasei anni che nel marzo 1921 si accorse di orinare sangue. Dopo tre mesi di cure inutili, consultò il prof. Lasio che dopo aver constato la presenza di un tumore alla parete sinistra della vescica gli propose l'operazione. Prima di decidersi consultò altri specialisti, uno dei quali gli consigliò di sottoporsi alla radio-terapia profonda.

Addì sei giugno venne praticata una irradiazione dalle ore otto alle diciannove con qualche intervallo. Dopo l'irradiazione cessò l'ematuria macroscopica, si manifestarono però dopo una settimana forti dolori al basso ventre che durarono circa quaranta giorni. Cessati i dolori il paziente stava tanto bene che si credeva guarito. Ai primi giorni di novembre ricomparve l'ematuria che indusse l'ammalato a ritornare a Bologna dove fu irradiato dalle ore sette alle venti con qualche intervallo di riposo. Anche questa volta cessò l'ematuria ma sette giorni dopo si manifestò una copiosa diarrea seguita da stitichezza ostinata che fu causa di gravi sofferenze che continuarono fino al giorno in cui vidi il paziente.

Prima di chiedere il mio consiglio l'ammalato si fece nuovamente visitare dal prof. Lario che trovò a circa due centimetri dal foro anale un ingrossamento della mucosa del retto e col cistoscopio constatò che il tumore vescicale esisteva sempre.

Quando io vidi il paziente trovai che nella regione soprapubica verso sinistra esisteva un forte indurimento della parete addominale, l'esame digitale per il retto mi dimostrò l'esistenza di un ispessimento della parete dell'intestino che mi parve esulcerata nella sua parete anteriore. Per stabilire se vi fosse una comunicazione fra retto e vescica feci prendere del bleu di metilene che riescì positiva. Questo caso è quello che ha il n. 145 della relazione di Sighinolfi, che a onore del vero, fa cenno dei disturbi abbastanza molesti in conseguenza della proctite insorta dopo la seconda seduta di radioterapia profonda.

* * *

Già dopo aver osservato il primo caso di perforazione del retto, mi sorse il dubbio che la radioterapia potesse avere favorito l'insorgere di questo spiacevole incidente, la constatazione poi di un secondo caso identico avvalorò maggiormente il mio dubbio, che realmente la perforazione fosse dovuta alla cura. Per avere una prova della mia supposizione consultai le storie dei tumori vescicali da me osservati dal 1897 fino ad oggi. Sopra 486 casi di tumori della vescica la maggior parte di natura maligna non trovai nessun caso di perforazione dell'intestino retto per propagazione del tumore vescicale. Fra questi casi ve n'erano diversi che presentavano estese propagazioni per continuità agli organi vicini, così ad esempio, in uno il carcinoma si era diffuso all'uretra, alla prostata, aveva perforato il perineo ed invaso la branca ileo-pubica destra e i muscoli adduttori della coscia; in un altro il tumore si era diffuso alle glandole iliache, alle sacrali e aveva usurato il promontorio; in un altro un grande epitelioma infiltrava tutto lo spessore della parete posteriore laterale della vescica, lo spazio fra questa ed il retto, spostando in alto la ripiegatura del Douglas; in un altro vi era una perforazione della parete addominale sopra il pube, infiltrazione vastissima perivescicale e compressione dei vasi iliaci esterni.

In un pregevole lavoro sui tumori maligni della vescica pubblicato dal prof. Panà nel 1912 sono molto accuratamente studiati 200 casi raccolti dalla letteratura straniera, in quasi tutti si trattava di carcinoma, un solo caso presentava una perforazione del retto, questo ammalato era stato operato dal Ronsing di cisto-prostatectomia ed esportazione dell'uretra posteriore, non si può escludere quindi che l'atto operativo non abbia contribuito alla perforazione dell'intestino.

Quindi sopra 686 tumori vescicali si trovò un solo caso di perforazione del retto ed anche questo di dubbia causa.

Facendo un confronto fra i 12 casi di Sighinolfi con due perforazioni con i 686, da me raccolti, con una sola perforazione mi sembra lecito attribuire alla radio-terapia profonda la causa della perforazione.

* * *

Per finire la mia comunicazione credo opportuno ricordare una recente pubblicazione, del prof. Ponzio dell'Istituto radiologico di Torino, sul valore e limiti della terapia profonda (*Riforma medica*, n. 19, 1922). Il voler giudicare possibile una distruzione costante degli svariati elementi cancerigni mediante una irradiazione omogenea con dose esattamente calcolata, appare assurdo, molti seri lavori sono stati pubblicati in questi ultimi tempi per dimostrare come molto erroneamente sia diffusa l'idea semplicista di una sicura decancerizzazione di un organismo mediante la somministrazione di radiazioni in dosi preventivamente calcolabili. Mory della clinica di Erlangen, Anschütz ed altri riportarono casi numerosi d'insuccessi della terapia profonda; Heidenhain dall'esperienza comune deduce esplicitamente che le concezioni di Seitz e Wintz sono erronee e che nel problema terapeutico dei carcinomi sono fattori d'importanza capitale la natura e la specie istologica del tumore, le condizioni vasali e linfatiche, le condizioni del paziente nei riguardi del suo stato ematologico e serologico e la radio sensibilità specifica delle cellule dei vari cancri di cui tuttora non si conosce affatto il valore. Se tanto gravi sono le critiche che si fanno oggidì alle presupposizioni teoriche esposte da Seitz e Wintz, non meno importanti sono le obiezioni che si contrappongono nell'applicazione pratica dei metodi da essi suggeriti. La tecnica ultra intensiva stabilita da Wintz si basa essenzialmente sulle esperienze praticate sui neoplasmi dell'utero ed annessi, per i quali fu schematizzato un metodo d'irradiazione in formule rigorose, esteso più o meno chiaramente ai tumori di altri organi. L'irradiazione sistematica con esclusione completa di ogni intervento operativo come si pratica nelle cliniche ginecologiche di Döderlein e Wintz deve essere considerato con qualche riserva, poichè se le statistiche da essi riferite offrono alta percentuale di guarigione le statistiche chirurgiche contrapposte da altri ginecologi non sono da meno importanti. Troppo grave discredito ha ricevuto la radiologia in questi ultimi tempi da molteplici fattori, i quali o per inadeguata competenza, od anche per interesse personale hanno sviato totalmente gli studi e le ricerche scientifiche praticate in argomento di terapia e si sono affrettati ad assicurare effetti terapeutici in realtà illusori e non corrispondenti a quanto i veri cultori della radiologia hanno affermato nei recenti loro lavori. La scienza radiologica in un ventennio di vita ha compiuto un enorme progresso ma molto è ancora da farsi in argomento di terapia dei tumori, ove contro un elemento ancora ignoto qual'è quello del cancro si contrappone un agente tuttora non ben definito, la radiazione. Il riconoscere le deficienze odierne della terapia radiologica è doveroso, in quanto che permette di apprezzare lealmente il valore dei mezzi usati, distruggendo molte dannose illusioni le quali più o meno involontariamente si sono diffuse in argomento.

La tecnica ultra intensiva con gli apparecchi a 250,000 e più volts, con le irradiazioni ad infiltrazione con il radium ed i suoi derivati non guarisce sistematicamente il cancro; essa segna però un progresso enorme in terapia e reali vantaggi ne derivano anche se non sono per ora sempre completi; indubbiamente l'evoluzione teorica e sperimentale si fa per la radiologia con ritmo affrettato e nuovi progressi si compiono di giorno in giorno per i quali risulta fin d'ora la sicurezza che il problema del cancro verrà risolto e con esso molta parte dei quesiti della terapia radiologica ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sulla spirochetosi ittero-emorragica.

Nota del dott. V. VANNI, assistente.

Anamnesi. — G. R. di anni 51, da Sermoneta (Roma), domiciliato a Roma da tempo, calzolaio. Nulla nel gentilizio. Da ragazzo ha sofferto di disturbi intestinali non ben precisabili, e durante il servizio militare, di pleurite essudativa destra. A 24 anni prese moglie da cui ebbe, oltre un aborto, cinque figli in buona salute.

È strenuo bevitore di vino. Riferisce di essere ingrossato notevolmente da 10 anni e accusa di tanto in tanto dolori addominali che sembra scompaiano coll'ingestione di cibo.

Soffre da 20 anni di emorroidi, causa di frequenti e copiose emorragie. Venti giorni or sono, ubbriaco, cadde nella «marrana di San Giorgio», fiumiciattolo situato fuori Porta San Giovanni, e ricorda d'avere inghiottito molta acqua; fu tratto a salvamento e condotto a casa, dove si mise a letto. Il giorno successivo potè alzarsi, ma avvertì cefalea intensa: ripreso il suo consueto lavoro, seguitò ad avvertire cefalea lieve, a cui si aggiunsero vertigini, insonnia.

Otto giorni or sono, di notte, avvertì intensa agitazione e brividi di freddo; misuratasi la temperatura, essa era ascesa a 40°, e si mantenne costante nei giorni seguenti, accompagnata da mialgie agli arti inferiori, senso di arsura, depressione generale.

Da tre giorni è intervenuto singhiozzo ostinato ed è anurico (il medico ricorse inutilmente al cateterismo) e la temperatura è scesa a 37°. Ieri solamente ha avvertito intenso colorito itterico della cute e delle mucose, e ha notato che le feci erano scolorate.

Entra nell'Istituto di Patologia il 17 febbraio 1922.

Esame obbiettivo. — Le condizioni generali sono piuttosto buone; notasi forte obesità. Sensorio integro. Temperatura: 37°.2. Respiro frequente, polso piccolo, *ipoteso.* Ittero intenso della cute e delle sclere caratteristico, volgente al giallo arancione. Numerose emorragie cutanee puntiformi, sparse sul tronco e sugli arti. Facies sofferente, lingua patinosa, secca, grigio brunastra; alito fetido. A carico dell'apparato respiratorio notansi scarsi rantoli a medie bolle alla base del polmone destro.

A carico del cuore: primo tono sulla punta sostituito da un soffio dolce, tenue.

L'addome è meteorico, disseminato da numerose emorragie cutanee puntiformi. Il fegato arriva alla 4ª costola sull'emiclaveare e sull'ascellare media alla 6ª costola. In basso si palpa tre dita sotto l'arcata costale, sull'emiclaveare, di consistenza non aumentata, lievemente dolente.

La milza non è palpabile, e si trova sull'ascellare media al settimo spazio; anteriormente raggiunge l'ascellare anteriore.

Decorso. — Durante i primi due giorni di degenza in Clinica persiste oliguria notevole (grammi 50 circa di orine nelle 24 ore): essa è giallo-itterica, con pigmenti biliari in forte quantità, ed albumina al 0,50 per mille. Nel sedimento, emazie abbondanti, cilindri granulosi ed ematici. Le feci sono semiliquide, cretacee. Dall'esame del sangue risulta: emazie 4.800.000; rari normoblasti; emoglobina 80; valore globulare 0,83; i leucociti, in numero di 32.000, danno la seguente formula: polinucleati neutrofili 85 %; mielociti, mononucleati grandi e linfociti 5 %; polinucleati eosinofili 6 %; basofili 4 %.

Il sensorio si mantiene integro, persiste il singhiozzo e il meteorismo. Il terzo giorno di degenza in Clinica appare intensificato l'ittero cutaneo, che volge al giallo-arancione sempre più scuro. La cute è disseminata di nuove chiazze emorragiche.

Il quarto giorno interviene vomito, la lingua è secca, ricoperta da patina scura. Il paziente entra in delirio calmo, e verso sera ha numerose scariche alvine liquide, scolorate. Le orine vengono emesse in gran copia, fortemente itteriche; cinque cmc. di esse vengono iniettati nel peritoneo di una cavia. Le condizioni dell'infermo si mantengono pressochè invariate durante tutto il giorno successivo.

Il sesto giorno le condizioni dell'infermo sono assai peggiorate; è entrato in uno stato d'inquietezza ed agitazione motoria, è quasi completamente incosciente, con delirio di parole: muore alle ore 22.

Reperto necroscopico. — Meningi iperemiche: nulla di notevole nella sostanza bianca e grigia. Polmoni fortemente iperemici (specialmente la base del polmone destro): milza modicamente aumentata di volume, con i follicoli ben visibili al taglio: polpa molle e scura; il fegato, esternamente, è di colorito giallo rossastro, con capsula del Glisson aderente e raggrinzata: al taglio appare giallo, quasi completamente invaso da degenerazione grassa: il

rene è giallastro, ingrandito, disseminato da piccole emorragie: le capsule surrenali presentano numerose emorragie. Il peritoneo è disseminato di chiazze emorragiche.

Istologia patologica. — I pezzi vengono fissati in liquido di Zenker, passati in alcool jodato, disidratati, diafanizzati e inclusi in paraffina; le sezioni sono colorate con emallume-eosina.

Per la dimotrazione della spirocheta fu usato il liquido Giemsa diluito a un ventesimo,

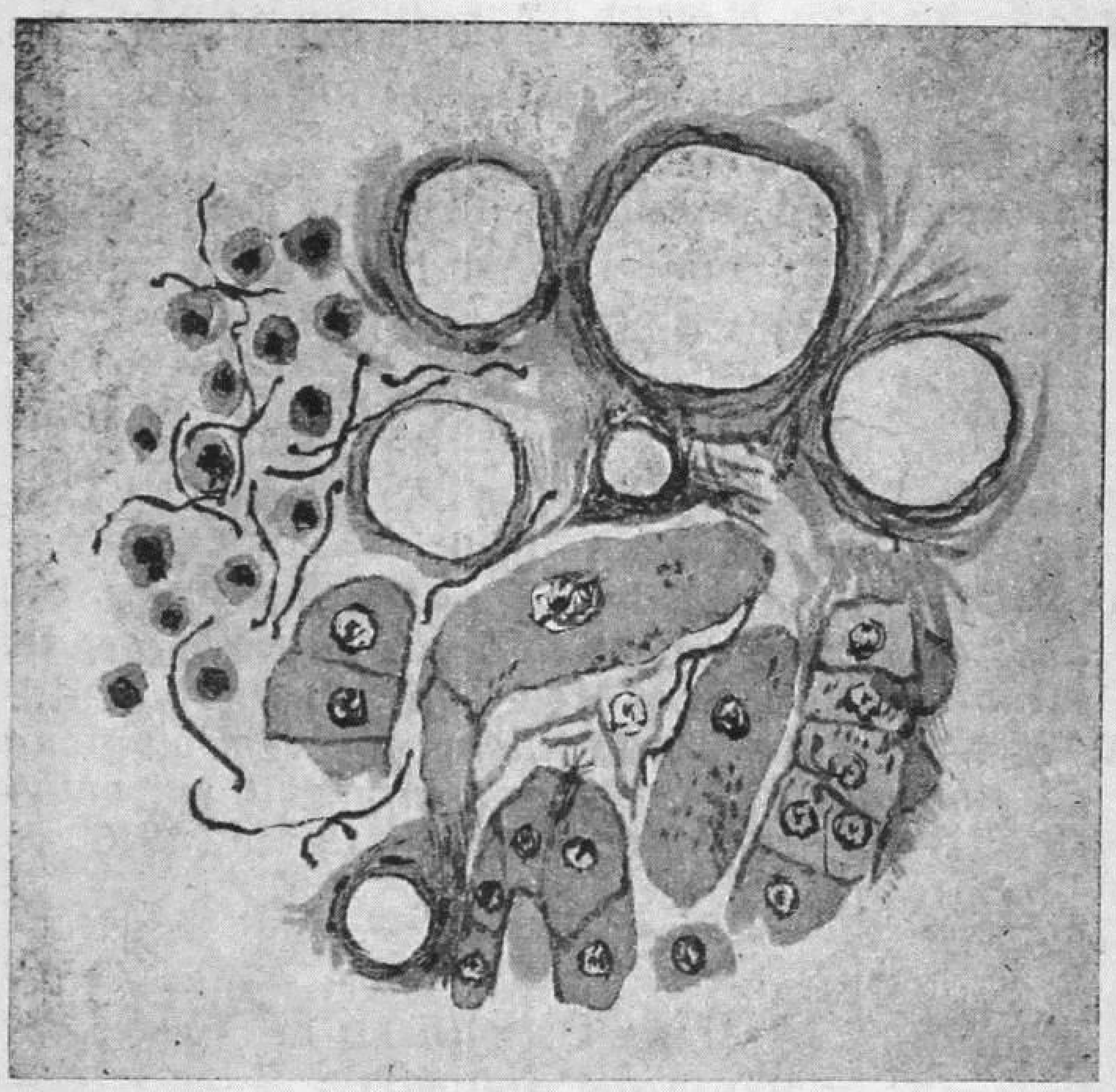


Fig. 1. — Sezione di fegato nella spirochetosi ittero-emorragica (uomo), in cui si vede in alto una zona di degenerazione grassa, lateralmente gruppi di spirochete contenute in un essudato costituito da polinucleati; in basso cellule epatiche in parte degenerate. (Ingrandimento 1000/1).

fatto agire per 4 ore, tanto sulle sezioni, che sugli strisci di materiale prelevato dalla superficie di sezione del fegato; differenziamento in acetone.

Esaminiamo ora i risultati: il fegato appare completamente infiltrato di globuli di grasso, le cellule epatiche sono coartate spinte in isolotti, il lume dei canalicoli biliari ridotto o completamente ostruito; la capsula del Glisson è uniformemente assottigliata, e al disotto di essa esiste una infiltrazione di essudato sottocapsulare, costituito esclusivamente da polinucleati, organizzati in ascessolini microscopici, che in qualche punto scollano la capsula di Glisson dal tessuto sottostante e si aprono all'esterno.

Degna di nota è la distribuzione della spirocheta nel tessuto del fegato: essa non è uniformemente distribuita in esso, ma sta esclusivamente fra gli elementi dell'essudato sottocapsulare, costituito, come abbiamo detto, esclusivamente da polinucleati (figura I) sotto forma di esili filamenti, terminanti alle due estremità con il rigonfiamento a clava caratteristico, di significato ancora oscuro. Negli strisci fatti con materiale prelevato dalla superficie di sezione, fissati in alcool metilico e colorati col liquido Giemsa, notansi invece forme a spire strettissime con accumuli di granuli che si colorano metacromaticamente col liquido Giemsa e che danno l'aspetto di noduli disseminati lungo il corpo della spirocheta, e un po' lateralmente (spyrochaeta nodosa di Inada e Ido).

Lo stesso materiale, osservato a fresco all'ultramicroscopio, è ricco di spirochete, in gran parte aderenti per una estremità ai globuli sanguigni, dotate di movimenti vivaci come di frusta, e coi poli terminali più rifrangenti.

Il rene presenta atrofia, degenerazione e sfaldamento dell'epitelio dei tubuli contorti, i cui nuclei sono quasi completamente scomparsi; i glomeruli di Malpighi appaiono invece normali; le spirochete sono qui scarsissime, anche all'esame diretto ultramicroscopico. Nelle capsule surrenali, notansi imponenti stravasi sanguigni, sparsi in tutto il tessuto. Le spirochete vi sono in maggior numero. Nella milza esse non sono dimostrabili; esiste invece iperplasia notevole dei follicoli linfatici, il cui tessuto è quasi completamente sostituito da mieloblasti, mielociti, polinucleati e da scarse cellule linfocitoidi.

Risultati della inoculazione sperimentale. — Come è stato detto, due giorni prima della morte del nostro malato, in pieno periodo colemico, erano stati iniettati nel peritoneo di una cavia 5 cmc. di orina: dopo solo 48 ore la cavia è morta, e presenta contrattura tetanica degli arti inferiori e del dorso; nessuna traccia di colorito itterico all'esame esterno. Si procede all'autopsia e si trova: polmone contenente imponenti emorragie, cuore turgido, fegato congesto ed ingrandito, cistifellea enormemente distesa, ripiena di liquido giallo verdastro, mucoso, trasparente; vescica urinaria ripiena di liquido torbido. All'esame istologico il fegato appare invaso da focolai emorragici; le radici della vena Porta presentano grossi trombi sanguigni e usura delle pareti vasali, con fuoruscita di sangue in vere sacchette aneurismatiche che si fanno strada nel circostante parenchima epatico (figura 2). Questo reperto si è ripetuto costantemente inoculando le colture di spirocheta, isolate, come vedremo appresso, sia dall'ammalato che dalla cavia. Il polmone appare disseminato di focolai emor-

ragici: il sangue stravasato, in alcuni punti, assottiglia i setti alveolari, molti dei quali sono rotti, e producono la confluenza di due o più alveoli vicini. All'esame ultramicroscopico le spirochete appaiono in gran numero, sia nel fegato che nel sangue circolante e nell'orina. Vengono allestite le colture, col metodo di H. Noguchi lievemente modificato nel seguente modo: tre cmc. di siero di cavallo vengono mescolati intimamente in una provetta con altrettanta soluzione fisiologica, con l'aggiunta di pezzi di fegato della cavia infetta; il tutto è ricoperto da un cmc. di olio di vasellina sterile. Dopo sei giorni di stufa a 37° si è avuto



Fig. 2. — (Microfotografia). Spirochetosi ittero-emorragica sperimentale, nella cavia. — Sezione di fegato, con la vena Porta trombizzata; la sua parete è usurata in un punto in cui si vede la formazione di un aneurisma. (Ingrand. 50/1).

sviluppo rigoglioso della spirocheta itteroemorragica; essa qui presenta una tendenza spiccata al pleomorfismo: si presenta infatti, colorata col liquido Giemsa, ora come un filamento semplice a spire strettissime, ora disseminato di granuli (spyrochaeta nodosa) colorati in violetto rossastro, ora tendente allo spezzettamento (forma probabilmente involutiva). La forma piegata a C e ad S coi granuli terminali è rara; si presenta invece, come abbiamo visto, nei preparati di fegato.

Due cmc. di coltura vengono iniettati nel peritoneo della cavia; dopo tre giorni si ha la morte, cogli stessi fenomeni precedenti, salvo la contrattura tetanica degli arti, che qui manca. Si ripete costantemente il reperto della trombosi con aneurisma dei vasi epatici.

Conclusioni. — Il caso che ho presentato conferma, dal punto di vista patogenetico, l'infezione per via orale d'origine idrica, ed è notevole per il decorso rapido e per l'esito letale, gravità dovuta alla speciale virulenza della spirocheta specifica, fino a produrre la degenerazione grassa del fegato, dove le spirochete sono contenute esclusivamente in uno speciale essudato, invece che negli elementi nobili di esso, come generalmente avviene. Notevole è la morte della cavia in sole 48 ore con fenomeni setticemici e mancanza d'ittero, con lesioni caratteristiche dei vasi epatici (usura delle pareti vasali, produzione in essi dei caratteristici aneurismi, figura 2), lesioni emorragiche delle capsule surrenali sono in rapporto colla genesi della ipotensione vasale (Monti). Infine il caso conferma l'osservazione del Monti, che nel periodo colemico le orine hanno il massimo potere infettante.

Ringrazio vivamente il prof. A. Zeri, direttore dell'Istituto, per i consigli e l'aiuto prodigato nello studio di tale argomento.

BIBLIOGRAFIA.

L. MARTIN e PETIT. *Spirochétose ictero-hémorragique.* Ed. Masson, 1919.

A. MONTI. *Epidemiologia, patologia e patogenesi dell'ittero infettivo della spirochetosi itterogena.* Boll. Soc. Med. Chir. di Pavia, 1919.

A. MONTI. *Note nosografiche, epidemiologiche ed anatomiche sull'ittero infettivo spirochetico.* Boll. Soc. Med. Chir. di Pavia, 1916.

OSPEDALE MILITARE PRINCIPALE DI TORINO.
REPARTO CHIRURGIA.
Direttore: Col. medico R. MARRAS.

Sopra un caso di epatite sifilitica

per il dott. VIOLA FRANCESCO.

Di fronte ad una affezione epatica a decorso febbrile, in cui la tumefazione del viscere non sia un epifenomeno di malattie estrinseche (epatite diffusa nella polmonite, ileo-tifo, setticemia da tetrageno ecc.) il pensiero ricorre subito all'ascesso come quello che più comunemente decorre con elevazioni termiche.

Ma se l'epatite suppurativa è una fra le poche affezioni del fegato che si accompagna colla febbre, non è l'unica, perchè in altre, quantunque meno frequentemente ed in modo meno tipico, si può constatare un contemporaneo stato febbrile.

Ricorderò fra queste le rarissime elevazioni termiche nel decorso del cancro epatico o di una cirrosi (in seguito a colangite infettiva o da tubercolosi), la febbre che si manifesta nel decorso della sifilide epatica, nella cisti idatidea suppurata e nell'atrofia giallo-acuta.

Ma se generalmente di fronte a questi stati morbosi ci soccorrono dei sintomi netti e ben

chiari che ci pongono nella maggior parte dei casi in grado di poter formulare una diagnosi esatta (consistenza dura-lapidea con protuberanze di varia grandezza nel cancro; ascite, ittero, esame delle urine ecc. nelle cirrosi; anammesi e precedenti ereditarî nella sifilide; l'anammesi e la puntura esplorativa nella cisti idatidea suppurata; i sintomi generali imponenti e l'impicciolamento dell'organo nell'atrofia giallo-acuta) non sono rari i casi in cui, o perchè dette affezioni si trovano nella fase iniziale del loro sviluppo e perchè si trovano in un periodo di latenza, possono decorrere con sintomi poco netti e mal precisabili, tali da farci formulare un concetto diagnostico errato.

In simili contingenze il medico ospitaliero è soccorso da altre ricerche (raggi X, esame del sangue, siero-diagnosi) che possono avvicinarlo ad un indirizzo diagnostico più esatto, mentre il medico pratico lontano dai centri deve riporre la sua diagnosi nel solo esame anamnestico ed obbiettivo e può d'altronde per la gravità dei sintomi e l'urgenza del caso esser chiamato ad un intervento immediato.

OSSERVAZIONE CLINICA.

Z. Amedeo, soldato del 92° fanteria (Torino). Entra in reparto il 22 marzo 1921. Scapolo. Professione: contadino. Non fu mai in colonie.

Anammesi famigliare. — È figlio unico, nato a termine di parto eutocico. Ebbe allattamento materno. Il padre è vivente e sano. La madre che non ebbe mai aborti è morta a quarant'anni per polmonite.

Anammesi personale remota. — Ammalò di polmonite nel 1918. Stette sempre bene fino ad una settimana fa, epoca dalla quale cominciò a risentire un senso di tensione e di pienezza all'addome e talvolta dei veri dolori localizzati all'ipocondrio destro e dolori diffondentisi al dorso ed alla regione scapolare omonima. Contemporaneamente ebbe lieve stato febbrile.

L'ammalato asserisce di essere alquanto dimagrito in questi ultimi tempi e di essere diventato di colore più pallido senza risentirne per altro alcun disturbo soggettivo.

Non fece alcuna cura. Non bevitore. Non fumatore. Nega lue.

Status praesens. — Individuo di statura normale e di aspetto debole e deperito. Costituzione scheletrica regolare. Colorito della cute giallo-scuro. Congiuntive e sclere pallide. Non si notano pigmentazioni anormali. Pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari flaccide. T: 37,9°. Polso 80 ritmico. Decubito indifferente. Cranio regolare: non si notano chiazze di alopecia. L'esame della bocca e della retrobocca è negativo; non si notano anomalie nei denti, lingua pulita, umida non leucoplasica.

Naso regolare. Voce normale. Nulla agli occhi e alle orecchie.

Al collo non si palpano ghiandole.

Torace regolare. Pleure libere e polmoni normali se si accetta un lieve respiro aspro alle basi specialmente a quella di destra.

Cuore in sito. Toni puri su tutti i focolai d'auscultazione.

Nulla agli arti. L'esame dei genitali è completamente negativo. Non si notano cicatrici da pregresse ulceri. Non si palpano ghiandole nè all'inguine nè ai gomiti.

Addome. — La regione epigastrica, in specie l'ipocondrio destro si mostra all'ispezione lievemente bombée: detto inarcamento degrada sensibilmente verso l'ombelicale trasversa. Gli ultimi spazi intercostali sovrastanti appaiono slargati. Non esiste il «segno della plica».

La cute sovrastante è normale. Non esiste reticolo venoso sottocutaneo.

Alla palpazione si constata quanto segue: la regione epigastrica di destra è sede di una intumescenza che arriva in basso fino alla linea ombelicale trasversa e si perde al di là della linea xifo-pubica dove non è più nettamente palpabile.

Detta tumefazione è dura, consistente, liscia, uniforme e presenta in basso un margine ottuso. È mobile coi movimenti respiratori e facendo passare l'a. dalla posizione supina alla posizione semiseduta non è più palpabile dietro i muscoli dell'addome contratti.

Possiede scarsa mobilità: non ha nessun movimento pendolare; solo colla pressione si approfonda lievemente per ritornare al suo posto appena lasciata la mano. Minkowski negativo.

Colla percussione si constata che l'intumescenza dà un suono ottuso e che l'ottusità si continua senza distinzione con quella del fegato.

Colla percussione (ascoltata) il limite superiore (epato-polmonare) dell'area di ottusità assoluta del fegato appare normale: esso descrive una curva discendente verso destra ed in dietro che corrisponde sulla parasternale alla 5ª costa, sulla mamillare alla 6ª, sulla ascellare anteriore alla 7ª, sull'ascellare media all'8ª, sull'ascellare posteriore alla 9ª e sulla scapolare alla 10.ª

Il limite inferiore (gastro-epatico) del fegato e quindi della intumescenza, sulla linea mediana arriva ad un dito trasverso sovra l'ombelico, *sulla mammillare* e *sulla ascellare* media a due dita *trasverse* sotto la ombelicale trasversa.

Percotendo trasversalmente dalla linea mediana verso sinistra l'ottusità arriva sino quasi alla mammillare sinistra fino a raggiungere il suono timpanico dello stomaco.

Non si ascoltano crepitii da calcoli nè sfregamenti peritoneali. Assente il fremito idatideo. Non si palpano zone fluttuanti. La palpazione non risveglia che un lieve dolore diffuso. La palpazione del punto pancreatico di Dejardins, del punto vescicolare e della zona coledoco-panereatica di Chauffard non risveglia dolori peculiari. Colla palpazione bimanuale lombo-addominale (Kehr) non si distingue alcun ballottamento costo-vertebrale o costo-iliaco.

La milza non è palpabile e colla percussione la sua zona di ottusità non appare modificata. Non ascite. Sonorità dal margine inferiore

dell'intumescenza fino al pube. Esplorazione rettale negativa. Non si praticò l'insufflazione dello stomaco nè quella del colon.

Esame delle urine. — Assenza di pigmenti biliari, di urobilina e di sangue.

Esame delle feci. — Formate, di colore normale; prive di sangue.

Percutireazione alla V. Pirquet. — Negativa.

Esame del sangue per i parassiti della malaria. — Negativo.

Esame radiologico. — Ingrandimento dell'area apatica *in toto.*

Discussione diagnostica. — Era evidente che ci trovavamo in presenza di una intumescenza a carico del fegato. Infatti che questa fosse intracavitaria o almeno retromuscolare lo dimostrava la sua impalpabilità durante la contrazione dei muscoli addominali, la sua mobilità respiratoria dall'alto in basso (si sa che i tumori parietali si muovono in senso dorsoventrale colla respirazione), la sua profondità, la poca sporgenza dalla parte dell'addome in confronto del suo volume, e che appartenesse al fegato i sintomi proprii delle epatomegalie: ottusità epatica, la notevole mobilità respiratoria, la scarsa mobilità palpatoria, la negatività del segno di Minkowski, l'estremità inferiore a margine ottuso ecc.

Ma se abbastanza facile si era presentata la diagnosi di sede non altrettanto si presentava la diagnosi di natura e a complicare vieppiù le nostre vedute diagnostiche esisteva una febbre bensì di modico grado ma che durava da alcuni giorni, a decorso intermittente, non preceduta da brividi e non defervescente con sudori.

Scartammo senz'altro per la sua rarità trattarsi di un lobo fluttuante o di una ptosi del viscere perchè la linea superiore dell'ottusità era normale.

Non pensammo nè ad un idrope nè ad un empiema della cistifellea per i caratteri della tumefazione (tumore a pera colla convessità in basso), della mobilità (movimento a pendolo) e per l'assenza di antecedenti biliari con cui queste si accompagnano.

Contro le epatomegalie da congestione, amiloidosi, ecc., parlavano sfavorevolmente la mancanza dei segni delle affezioni concomitanti (paludismo, cardiopatie), il non contemporaneo aumento di volume della milza e l'assenza di parassiti malarici nel sangue.

Rivolgemmo quindi il nostro pensiero diagnostico ad un tumore del viscere, (cancro-sarcoma) ad un ascesso, ad un processo tubercolare, ad una cisti idatidea suppurata.

Per ciò che riguarda un tumore epatico, la tinta terrea dell'a., il rapido aumento di volume del viscere e la temperatura (febbre da neoplasmi) potevano far pensare ad un tumore maligno (cancro) ma contro questo militavano decisamente l'età giovane del paziente, la regolarità della superficie del tumore, l'assenza di ittero, ascite, ecc.

Lo stesso si potrebbe ripetere per il sarcoma non in contrasto per l'età giovanile ma in contrasto per le condizioni generali del paziente che quantunque debilitate non erano ancora così gravi come avrebbe comportato un sarcoma in pieno sviluppo.

Rimanevano in discussione la cisti idatidea suppurata e l'ascesso.

Per la cisti da echinococco (ed in questo caso potevamo aver a che fare con una tumefazione diffusa in cui la produzione idatidea non modificasse l'organo e gli conservasse la sua forma generale, restando inclusa nel parenchima, senza svilupparsi alla superficie in una sporgenza percepibile) parlavano in favore la superficie liscia, regolare, anelastica di una tumefazione in evidente rapporto col fegato e la cui ottusità si continuava con quella epatica.

Anche il notevole volume della tumefazione era un dato favorevole per questa perchè si sà che in nessun'altra affezione epatica può raggiungere il volume delle cisti da echinococco.

Agli altri sintomi concomitanti che secondo Dieulafoy permetterebbero la diagnosi (nevralgia intercostale, anoressia, dolore alla spalla destra, senso di peso all'ipocondrio destro) non demmo alcun peso.

Ciò non pertanto ci parve logico escludere anche trattarsi di una cisti da echinococco suppurata perchè l'anamnesi di una precedente tumefazione coi caratteri di questa era completamente muta al riguardo, per la mancanza di fremito idatideo, di crisi d'orticaria, ecc.

Per un ascesso del fegato infine, probabilmente della faccia inferiore, o nascosto nel parenchima, a fluttuazione non percettibile, parlavano: la notizia anamnestica di una precedente pneumonite, l'inarcamento dell'ipocondrio e della base del torace di destra, il dolore a bretella, l'aumento di volume del fegato e alcuni sintomi proprî di tutte le suppurazioni ed infezioni gravi; faccia terrea, deperimento grave, depressione psichica, febbre intermittente.

Da quanto risulta i nostri dubbi diagnostici al riguardo di quest'ultima affezione erano abbastanza fondati.

E questa fu dapprima la nostra diagnosi clinica che volemmo confermare con altre ricerche prima di procedere ad una puntura esplorativa ed eventualmente ad una incisione laparatomica.

Senonchè due fatti vennero a metterci sopra un altro ordine di idee: l'improvvisa caduta della febbre (fin dal sesto giorno) e l'esame del sangue che ci diede questo risultato: Globuli rossi 4.500.000; globuli bianchi 10.000 con polinucleosi neutrofila; non eosinofilia; Wassermann nettamente positiva.

Rimaneva perciò in discussione una infezione in atto con reazione leucocitaria perchè il Wassermann positivo non escludeva che si trattasse di un individuo luetico ma contemporaneamente con una epatite suppurativa.

E francamente l'idea che potesse anche trattarsi esclusivamente di un processo sifilitico del fegato non si affacciò neppure alla nostra mente non esistendo alcun sintomo che richiamasse la nostra attenzione su questa e l'anammessi ed i precedenti ereditari essendo completamente muti al riguardo.

Per delucidare la diagnosi non ci rimaneva ormai che l'esito di una puntura esplorativa o il criterio di una **ex ad** juvantibus.

Per ovvie ragioni di opportunità ci attenemmo al secondo criterio e pur mantenendoci in una aspettativa a mano armata cominciammo una cura antiluetica.

Furono quindi praticate cinque iniezioni endovenose di Neoarsenobenzolo Billon, a distanza di una settimana l'una dall'altra, a dose progressiva da 0,15 a 0,75 intramezzate da altrettante iniezioni endomuscolari di salicilato di mercurio da 0, 10. Le iniezioni non diedero luogo ad alcun inconveniente e furono ben tollerate.

Per tutta la durata della cura l'a. si mantiene sempre apirettico.

E fu così che assistemmo ad una graduale scomparsa della tumefazione epatica talchè a cura ultimata il viscere non debordava più che un dito trasverso al disotto dell'arco costale.

Nel contempo si ebbe un notevole ripristino del tono generale, la scomparsa della tinta terrea della cute con un subentrante aumento del pannicolo adiposo e ritorno normale delle funzioni vegetative.

Il paziente venne dimesso dal reparto il 6 maggio 1921 in ottime condizioni e proposto per una lunga licenza di convalescenza.

Da quanto sopra, più che la Wassermann positiva, la cura specifica antiluetica è stata quella che ci diede in mano la patogenesi del tumore viscerale, tumore del fegato di origine luetica.

Ma si trattava di una sifilide acquisita nella sua fase terziaria, ovvero di una sifilide congenita?

Contro la prima stava l'anammesi la quale era completamente negativa al riguardo. Forse eravamo in presenza di una forma congenita, probabilmente una lue costituzionale tardiva, nella quale il fegato era il primo e l'unico organo colpito. Ma l'importanza del caso non consisteva solo nel contemporaneo stato febbrile, che rendeva ardua e pericolosa la diagnosi differenziale di epatite sifilitica cogli altri stati morbosi decorrenti pur essi con elevazioni termiche (ascesso, cisti idatidea suppurata) ma nella regolarità della superficie del viscere senza bozze e gibbosità (fegato lobato), e nell'assenza di sintomi a carico dell'apparecchio portale (ascite, ittero, splenomegalia), caratteri coi quali decorre generalmente la sifilide epatica.

Concludendo il caso clinico riferito conferma anche una volta di più che i tumori dei visceri in genere e di quelli addominali in specie sono sempre di diagnostica assai laboriosa e difficile e che di fronte ai casi più dubbi è necessario procedere con molta cautela e prima di avventurarsi ad un qualunque intervento (nel nostro caso punture, laparatomia esplorativa) tentare tutti i mezzi di indagine clinica e di laboratorio al lume delle vedute odierne, non esclusa la prova curativa la quale, è risaputo, è specialmente confortante nelle affezioni sifilitiche.

NOTE DI TECNICA.

ISTITUTO DI ANATOMIA PATOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA.
diretto dal prof. A. MONTI.

Applicazione dei metodi fotografici per allestire preparati permanenti di batterî che si decolorano facilmente. (1)

Dott. GUIDO REINA, assistente.

La più recente tecnica microscopica per rintracciare i batteri in seno ai tessuti consiglia ed usa i comuni colori che fanno capo al bleu di mitelene ed alla fuxina. Dette sostanze coloranti opportunamente diluite colorano talvolta facilmente, altre volte difficilmente i comuni batteri sia su strisci che su sezioni. È noto per es. che i bacilli del tifo e gli streptobacilli si colorano nei tessuti talvolta con una certa difficoltà ed è noto altresì che le stesse sostanze coloranti sopra citate colorano uniformemente e colla medesima intensità batteri e nuclei del tessuto, meno intensamente il protoplasma. Nella mia pratica di laboratorio ho fatto spesso uso di tali comuni metodi ma insieme ad alcuni pregi ho dovuto constatarne alcune manchevolezze. Per esser breve parlerò solo della facile decolorazione e dello scarso contrasto che dànno all'osservazione.

Il primo di tali difetti è indubbiamente il più grave ed è dovuto in parte all'azione della luce, in parte all'azione del balsamo che talvolta assume reazione acida e forse anche per reazioni che col tempo possono avvenire tra i componenti chimici della sostanza colorante e quelli dei tessuti. La decolorazione dei batteri nei tessuti rappresnta quindi un non lieve inconveniente per le dimostrazioni didattiche e di laboratorio specialmente quando si tratta di forme morbose rare. Quindi allorchè ci troviamo di fronte ad un preparato scolorato, necessario per una determinata dimostrazione, dobbiamo smontare il preparato e tentare una nuova colorazione. Ma tale rimaneggiamento non è privo d'inconvenienti: si può ledere l'integrità della sezione, le sezione talvolta non si colora più con quella uniformità desiderabile e quando anche si riesca ad ottenere una colorazione uniforme e buona, questa non presenta più la chiarezza del primitivo preparato al momento del suo allestimento. Talvolta trattandosi di comuni colorazioni ho osservato preparati scolorati anche solo dopo un mese, talvolta dopo sei mesi dall'allestimento ma anche quando un preparato è bene allestito

(1) Comunicazione all'Accademia Med. Chir. di Pavia, 24 marzo 1922.

coi comuni metodi di colorazione per batteri dopo un anno ha subito una decolorazione tale da essere insufficiente ad una buona dimostrazione. Un metodo quindi che ci possa dare preparati stabili tali cioè che possono conservare integra la loro utilità pratica dimostrativa a lungo, per parecchi anni sarebbe certamente apprezzabile specie in quei laboratori nei quali le dimostrazioni microscopiche entrano a far parte indispensabile dell'insegnamento. Da due anni consigliato dal mio Maestro ho tentato l'applicazione dei metodi fotografici per i microrganismi non resistenti al Gram ed i risultati che ho ottenuto sono confortanti. Tale applicazione può quindi entrare nell'uso comune della tecnica di laboratorio con serio vantaggio. In una serie di esperimenti fatti specialmente sui bacilli del tifo e su quelli del colera dei polli per il non scarso materiale avuto a disposizione posso assicurare essere tale metodo facile ad applicarsi. Ho sempre fatto preparati di controllo usando accanto ai metodi fotografici i metodi comuni e posso affermare che quelli danno costante riuscita sempre che siano osservate le regole che tali metodi richiedono, specialmente descritte nelle memorie di Monti, Golgi, Cajal, Veratti e da questi usati per lo studio del sistema nervoso e delle spirochete nei tessuti. Io ho dovuto però nella mia speciale applicazione fare qualche modificazione indispensabile di tecnica per ciò che riguarda il dosaggio delle sostanze componenti il liquido fissatore ed i tempi da impiegarsi nei passaggi fra i vari liquidi, tempi che hanno stragrande importanza per la buona riuscita del metodo. Come fissativo ho usato la formalina unitamente a nitrato d'uranio e ad alcool, passando poi i pezzi in nitrato d'argento indi in idrochinone e solfito soda. Inclusi i pezzi e fatte le sezioni le ho trattate con cloruro d'oro, iposolfito di soda e solfocianuro d'ammonio. Come colorazione di fondo si ottengono i migliori risultati impiegando il carmallume che col suo rosso vivo ben contrasta col colorito spiccatamente nero dei batteri. Nella nota completa esporrò tutti i particolari di procedimento necessari. Ho portato qui alcuni preparati per l'osservazione di controllo. Il primo dimostra i bacilli del tifo in una placca del Payer, un altro gli stessi bacilli in una ghiandola linfatica mesenterica, un terzo dimostra coccobacilli del colera dei polli nel fegato ed il quarto gli stessi coccobacilli nei reni in un caso di setticemia bacillare.

Detti preparati, come i Professori e Colleghi qui presenti possono verificare, presentano sui preparati allestiti coi comuni metodi questi due vantaggi:

1° Danno certezza di lunga durata;

2° I batteri di colorito nero offrono un incomparabile effetto di contrasto col colorito rosso vivo del tessuto nel quale risiedono.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Sulla questione della gotta.

(Prof. dott. TEODOR BRUGSCH. *Medizinische Klinik*. Berlin, XVIII, 18-30 aprile 1922).

L'A. riferendo quanto ebbe occasione di esporre in una conferenza tenuta alla Società medica di Berlino il 15 marzo 1922, ha l'intenzione di rivedere alla luce delle esperienze e delle obbiezioni mosse negli ultimi 12 anni la sua teoria sulla gotta esposta nel 1910 in una monografia dal titolo « Der Nukleinstoffchsel und seine Störungen » (Il ricambio nucleinico ed i suoi disturbi), teoria che si può riassumere nelle parole: « La gotta è un disturbo del ricambio purinico, caratterizzato da rallentata e diminuita formazione, distruzione ed eliminazione di acido urico ».

Una delle constatazioni fatte allora fu che nei malati di gotta vi è una diminuzione endogena nella eliminazione dell'acido urico. Tale constatazione è stata generalmente accettata e Thannhauser se n'è giovato per la sua teoria della gotta.

Una seconda constatazione, fatta contemporaneamente a Bloch fu quella dell'uricemia endogena, cioè dell'aumento dell'acido urico nel sangue dei malati anche con dieta priva di alimenti formatori di acido urico.

Tale fatto si riscontra bensì anche nelle nefritidi a ritenzione di acido urico, nelle polmoniti dopo la crisi, nelle irradiazioni con raggi X, nella leucemia, ma è all'infuori di questi casi caratteristico per la distinzione dei gottosi e non gottosi.

La ricerca dell'acido urico del sangue è difficile. Il metodo quantitativo di Maschke, che si basa sulla riduzione dell'acido fosfo-volframico (Phosphor-Wolframsäure) coll'acido urico, indicata da una colorazione azzurra, richiede una quantità abbastanza notevole di sangue ed una buona dealbuminizzazione. Il metodo di Maase e Zondek basato sul processo Bongsch-Christeller è poco sicuro. Il metodo di Folin-Wu e Benedikt ha il vantag-

gio di richiedere piccole quantità di sangue (2-10 ccm.) ed è secondo l'A. praticamente il migliore, ma anch'esso non è sicuro perchè tra altro la soluzione tipo si altera in breve tempo, perchè l'optimum della colorazione non dipende soltanto dal contenuto di acido urico e perchè infine parte di questo si perde nella dealbuminizzazione.

L'A. conclude dunque, dopo avere accennato alle critiche fatte in Germania e specialmente da Gudzent sul valore diagnostico della ricerca dell'acido urico nel sangue, che mentre si deve riconfermare tale valore diagnostico sulla base di nuove ricerche sue e di Thannhauser, non si può, per l'incertezza dei metodi colorimetrici che richiedono una valutazione delle fonti di errore, venire con questi metodi alla conclusione che con una alimentazione priva di purina si abbiano nel sangue del sano 2-3 mg. di acido urico e valori superiori nel malato.

Mentre dunque per valersi di valori assoluti bisogna attendere migliori metodi colorimetrici ha importanza il fatto che per la gotta è caratteristico *un contenuto relativamente alto di acido urico nel sangue con contemporaneo contenuto relativamente basso nell'urina.*

L'A. con Schittenhelm nega la formazione di acido urico nel sangue e critica i risultati ottenuti in senso opposto da Bornstein e dalla sua scuola.

Con Schittenhelm l'A. ha trovato che con una nutrizione con corpi purinici, sopratutto con acido nucleinico e con basi puriniche) si ha un rallentamento dell'eliminazione dell'acido urico dalle basi puriniche esogene senza che in un primo tempo vi sia un aumento della quantità di acido urico nel sangue, ciò che fece concludere per una trasformazione rallentata delle basi puriniche in acido urico e per un disturbo della uricolisi (Urikolyse) e quindi per una anomalia di tutto il sistema fermentativo della formazione, istruzione ed eliminazione dell'acido urico (alto contenuto di acido urico nel sangue, basso nelle urine). Da parecchi e tra altri da Wiechowski si negò la distruzione dell'acido urico nell'uomo. Lo studio di questa questione condusse ad esperimenti di Wiechowski, Umber, Thannhauser, Gudzent, Redlaff, Rother, Schaber e dell'A. In un primo tempo si iniettò in sani e malati acido urico, e Wiechowski ed altri conclusero che nè nei sani, nè nei malati si distrugge acido urico.

In una seconda serie di esperienze si iniettarono per via intramuscolare dei nucleosidi che constano di zucchero e di una aminopurina (guanina o adenina). Thannhauser venne alla conclusione che il gottoso può formare come il sano l'acido urico ma che lo può eliminare solo lentamente e vide l'ostacolo in un disturbo della funzione renale. L'A. sulla base di ulteriori esperienze di Thannhauser, di Rother e sue fatte sui sani venne alla conclusione che da questi si risponde in modo molto differente alle iniezioni di nucleosidi con una eliminazione dei corpi purinici sotto forma di acido urico in qualche caso superiore al 100 % in altri casi di solo 20 % della quantità iniettata.

Questi fatti si potrebbero spiegare, secondo l'A., con la presenza o mancanza di un fermento uricolitico oppure con una ritenzione di acido urico, quale è ammessa da Thannhauser nei gottosi. Così si spiegherebbero anche i casi in cui la quantità di corpi purinici iniettati determina una eliminazione esuberante di acido urico.

Facendo queste ipotesi bisogna però tener presenti gli ultimi risultati della fisiologia del ricambio nucleinico. L'A. accennò nel 1913 ai rapporti del ricambio dell'acido urico col sistema nervoso, Abl pure nel 1913 suppose che uno stimolo dato da medicamenti allo splancnico influisse sulla quantità di acido urico endogeno, l'A. con Michaelis e ultimamente Dresel e Ullmann conclusero per l'influenza di stimoli sul midollo allungato. Tuttociò, il fatto che malati di fegato hanno un forte valore endogeno nell'acido urico, la constatazione di Falta che p. e. alcuni disturbi ipofisari son congiunti ad alti valori endogeni di acido urico e le variazioni di questi fecero concludere l'A che vi è un acido urico che viene eliminato in seguito a stimoli nervosi, cioè un *acido urico da stimolo* (*Reizharnsäure*) come lo chiama l'A.

Andrebbero spiegati con questo nuovo concetto le variazioni dell'eliminazione di acido urico nell'alimentazione senza purine di fronte all'eliminazione nell'affamato, l'aumento con aggiunte di albume, con cambiamenti nel somministrare gli alimenti o con far ingerire farmaci, ecc.

L'azione stimolante dei corpi purinici iniettati è differente nei differenti individui, e nell'istesso individuo a condizioni variate e dipende probabilmente da un certo tono del sistema nervoso vegetativo, per cui ha grande importanza il contegno del fegato. È difficile dedurre da ciò una grandezza della reale formazione esogena dell'acido urico, si fa forse

bene a non negare recisamente una distruzione intermedia dell'acido urico, che però non si può dimostrare in vitro.

Oggi è sicuro che i corpi purinici presi per bocca vengono eliminati lentamente e in piccole quantità dai gottosi.

Che vi sia una azione batterica intestinale per la distruzione dei corpi purinici esogeni sembra all'A. possibile ma improbabile, probabile invece che, a uricolisi eguale nel sano e nel malato, vi sia in questo una minore azione da stimolo dei corpi purinici dell'alimentazione e quindi corrispondentemente alla diminuzione dell'acido urico endogeno una minor quota di « acido urico da stimolo ». *Si potrebbe cioè oggi prescindere dalla questione della uricolisi.* Vi sarebbe un disturbo non solo fermentativo o renale ma di tutto un sistema che comincia dall'intestino, finisce col rene è regolato dal sistema vegetativo ed in cui il fegato ha un posto centrale.

Il fegato sarebbe il depositario dell'acido urico sparito. La gotta interessa tutto il corpo in quanto concerne il ricambio purinico e non solo il sistema renale. Tuttavia per motivi pratici si può parlare ancora di gotta renale specialmente in quei casi estremi in cui ad altissimo contenuto di acido urico nel sangue ve ne è uno minimo nell'urina. L'A. non sa ancora spiegarsi l'attacco gottoso ed i tofi, pur non accettando l'ipotesi di Gudzent di una ritenzione specifica di acido urico nei tessuti, e mantenendosi riservato su quella di Schade dell'acido urico colloidale.

L'A. conclude dicendo che ora è sorpassata la teoria dei fermenti nel ricambio dell'acido urico, da cui si dedusse la ottima conseguenza terapeutica di una limitazione degli alimenti contenenti purine. Oggi il concetto dei fermenti ha un posto subordinato nella teoria del ricambio purinico, ove hanno posto ora anche fattori neurologici. Col concetto dell'acido urico da stimoli l'A. considera la gotta dal punto di vista della diminuita eccitabilità del ricambio purinico. Dev'essere studiata la grandezza dell' « acido urico da stimolo » in sani e malati e risolta la questione del potere eccitante di farmaci e di alimenti che non contengono purine. Se ne potrà, secondo l'A., giovare largamente anche la pratica.

F. BANISSONI.

CHIRURGIA.

L'ebbrezza e le brevi narcosi col cloruro d'etile

Nello scorcio dello scorso anno il *C. f. Ch.*, ha pubblicato diversi brevi articoli riguardanti l'impiego del cloruro d'etile in anestesia generale.

Kufenkampff (*C. f. Ch.*, 1921, n. 6), partendo dalla premessa che lo stato di eccitazione che si manifesta al primo periodo di tutte le narcosi per inalazione dipende dall'irritazione prodotta dai vapori stessi del narcotico nell'apparato respiratorio, e che tale effetto è marcatissimo da parte dell'etere, minimo da parte del cloruro d'etile consiglia di iniziare sempre la narcosi col cloruro d'etile, qualunque sia la sostanza con cui la si vuole continuare poi, e di ricorrere al cloruro anche per togliere lo stato di eccitazione che si manifesta talvolta durante il periodo di stato della narcosi stessa. Soltanto che, appena raggiunto il sonno col cloruro — che si manifesta d'emblé — bisogna lasciar da parte questo narcotico e prendere o riprendere il cloroformio o l'etere, perchè, come tutti i mezzi che agiscono rapidamente, può dare pericoli incommensurabili. Deve essere somministrato a goccie susseguentisi rapidamente, quasi in continuazione, ed è opportuno di aumentarne la concentrazione dei vapori sovrapponendo la mano alla garza, si danno così circa 100-150-200 goccie e più.

In opposizione a questo concetto di Kulenkampff che il cloruro di etile si debba usare per combattere e vincere lo stato di eccitazione della narcosi, Hartleib, ricorda nel numero 20 della stessa annata del *C.* che Renner ebbe un caso di morte in ebbrezza cloretilica, da lui imputato all'eccitazione psichica del paziente, e conferma quest'opinione con un altro caso personale in cui, senza che ci fossero manifestazioni miocarditiche, 20 goccie di cloruro di etile, previo un centigrammo e mezzo di morfina, 1/2 ora avanti, dettero arresto improvviso del respiro e un' irregolarità di cuore di cui non si poteva trovare confronto. L'operazione fu sospesa, e la malata, interrogata dopo alcuni giorni, disse che si era sentita eccitata internamente in modo spaventoso. Anche di contro all'artificio della mano sovrapposta alla maschera, ricorda che tale pratica è ritenuta da Kanch un errore.

Nel n. 30 dello stesso periodico, Jaeger pubblica egualmente un caso di morte in ebbrezza cloretilica. Trattasi d'un uomo robusto che morì per sole 90 goccie dell'anestetico somministrate allo scopo di eseguire un'escissione

d'esame ritenuto ulceroso. Ma in questo caso l'autopsia mostrò un cuore in degenerazione grasso.

E su questa esperienza ritiene l'A. in accordo con l'opinione di Brunn, che si debba usare la massima prudenza quando ci sia il sospetto di degenerazione del muscolo cardiaco. Ciò contraddirebbe al parere di Herrenknecht e anche a un primo giudizio di Kulenkampff (1917) che non ci sia alcuna controindicazione alla pratica dell'ebrezza cloretilica, nemmeno in gravi affezioni polmonari o cardiache.

Tuttavia la pubblicazione di Jaeger non ha lo scopo di sconsigliare l'impiego del cloruro d'etile per narcosi, ma soltanto quello di mettere in guardia contro la sua affermata innocuità.

Recentissimamente (n. 41) Ley riprende in esame tutte e tre queste pubblicazioni. E conviene con Kulenkampff che il cloruro di etile è uno dei gas meno eccitanti che possediamo: solo dal protossido di azoto è superato in questa sua proprietà. Anch'esso osservò, come Kulenkampff, che malati, irrequieti durante la narcosi eterea o cloroformica, si tranquillizzano immediatamente con somministrazioni intercalate di cloruro di etile in quantità abbondante e dato rapidamente. E ciò avviene in così breve tempo che bisogna sapersi abituare se si vuole raggiungere lo scopo senza sorpassarlo e ritornare poi subito all'anestetico di prima. Data la brevità di durata della narcosi cloretilica, bisogna avere molta prudenza. Ad ogni modo sembra anche a Ley che sia meno pericoloso l'impiego del cloretile che il voler vincere l'eccitazione con abbondanti dosi di cloroformio.

Quanto alla tecnica, difende l'artifizio di applicare la mano sulla maschera. Soltanto che, bisogna saperlo fare al caso e a tempo opportuno. Chi ha fatto molte narcosi ha quasi la sensazione di questa opportunità. E in mano di un narcotizzatore esperto il cloruro di etile è per narcosi brevi e per semplici ebbrezze, un mezzo insuperabile. L'eccitazione psichica non forma controindicazione. Tra le molte, molte migliaia di narcosi cloretiliche, l'A. non ebbe mai una disgrazia. Certamente bisogna tener conto anche del preparato, vale a dire della qualità della sostanza che si adopera. E nel caso di Hartteib ritiene che, più dell'eccitazione psichica, sia imputabile lo stato del cuore anche se prima della narcosi il referto clinico fu normale.

Riguardo poi al caso di morte di Jäger, ritiene anche Ley che in quel caso specifico era controindicato l'uso del cloruro, e mentre in passato non ammetteva altra controindicazione che l'idiosincrasia, crede ora che nelle insufficienze cardiache, specialmente nelle gravi alterazioni di cuore, si debba avere la massima circospezione davanti all'ebrezza cloretilica. Nelle gravi degenerazioni miocardiche, il cloretile può essere controindicato, in altre affezioni cardiache, no.

L'A. espone poi una tecnica personale di somministrazione del cloretile per narcosi, la quale consiste nel far precedere alla narcosi, in pazienti isterici e bevitori, un'iniezione sottocutanea di 2 centigr. di laudano e di 1/2 mmgr. di atropina, 3/4-1 ora prima.

L'atropina, conosciuto antidoto della morfina, agisce stimolando la respirazione: inoltre diminuisce notevolmente la secrezione delle ghiandole salivari) o nel dare, 1/2 ore prima, a pazienti nervosi e impressionabili 1-2 tavolette di bromural di 0.2 gr. sciolte in acqua.

Inoltre, Ley usa stringere le radici delle coscie con un laccio semplice, robusto, il quale, senza dare un'esclusione completa, produce una stasi che basta a ridurre la quantità dell'anestetico e a dare anche nei pazienti più irrequieti una narcosi tranquilla. Tolto poi il laccio, subito dopo la narcosi i pazienti si svegliano all'istante. Bisognerà però, aver prudenza col laccio, quando si tratti di soggetti arteriosclerotici varicosi.

Nell'intendimento dell'A., la stasi potrebbe giovare anche in caso di asfissia, che si può avere in conseguenza di errori di narcosi in quanto che, il sangue venoso servirebbe da stimolo al centro respiratorio.

N. d. R. — Riguardo alla tecnica di somministrare il cloretile in dosi concentrate, a gocce quasi continue e sovrapponendo la mano alla maschera, ricordo un metodo assai pratico, adottato da noi, il quale consiste, nell'usare i tubi di cloretile per anestesia locale e dirigere il getto del liquido alle narici su 2 o 3 strati di garza. Meno di un tubo basta quasi regolarmente per una narcosi breve, ma profonda. Il malato s'addormenta tranquillamente, purchè non sia stimolato colle manovre chirurgiche prima che la narcosi sia completa, e rapidamente si sveglia da se.

B.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. CAPONETTO RACITI. *Cura chirurgica della calcolosi epatica.* — Catania, Tip. S. di Mattei e C.

È un lavoro che riassume quanto si conosce intorno alla calcolosi epatica, con esattezza e con profondo senso di critica in modo da ben distinguere tutto ciò che di erroneo è stato detto e fatto sopra tale argomento da ciò che è vero e sopratutto importante sia per la cultura sia per la pratica.

Precede un capitolo che riassume la storia della calcolosi epatica corredata di citazioni e di fatti poco conosciuti.

In successivi capitoli poi l'autore tratta dell'etiologia, patogenesi, sintomatologia e diagnosi della calcolosi biliare. Notevole è il capitolo sulla diagnosi, nel quale sono posti in rilievo i vari mezzi che possediamo per diagnosticare la colelitiasi sia coll'esame clinico, sia, quando occorre, con ricerche speciali radiologiche, analitiche, ecc., e distinguere questa malattia dall'ulcera gastrica, dall'appendicite, ecc., colle quali si potrebbe confondere. Sono descritte chiaramente e completamente le varie sindromi della calcolosi epatica a seconda della sua sede, a seconda se è complicata o no.

Trattata la prognosi della calcolosi biliare, l'A. passa a parlare della terapia la cui esposizione costituisce la parte più estesa del lavoro.

Espone le varie cure mediche e dopo aver ricordato l'opinione del Cardarelli, che « solo la chirurgia può rimediare agli effetti prodotti dal calcolo epatico », ricorda e discute le opinioni emesse in proposito da Alessandri, d'Urso, Margarucci, Mayo Robson, Kocher. Hehr, Naunyn, ecc., deducendo le indicazioni e le controindicazioni dell'intervento operatorio nei vari casi; e ne descrive in un capitolo molto esteso la tecnica.

Questa parte di tecnica operatoria è la più importante di tutto il lavoro e può essere consultata a scopo di cultura, ma sopratutto pratico.

L'autore si è anche occupato fin dal 1914 di tentativi sperimentali di plastiche del coledoco che descrive in un capitolo a parte di questo lavoro: fra questi tentativi sono specialmente notevoli quelli di plastiche con lembi di omento avvoltolati intorno a punti di ratgut passati da un moncone all'altro del coledoco reciso.

L. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 21 aprile 1922.

Presidente: Prof. OLIVA.

Contributo alla conoscenza del torcicollo osseo congenito.

BERTOLOTTI. — Crede importante attirare l'attenzione sull'esistenza di un torcicollo a tipo osteogeno, congenito od ereditario. Nelle sue osservazioni l'anomalia ossea si trasmette direttamente di padre in figlio tendendo manifestamente ad aggravarsi nella discendenza. Importante è pure il comportamento clinico di questo « Caput obstipum » che non si manifesta subito alla nascita, ma si stabilisce in modo subdolo e progressivamente aumenta dalla prima alla seconda infanzia presentandosi talvolta associato in modo transitorio a contratture muscolari. L'anomalia ossea basio-cervicale può essere molto bene rivelata coll'indagine radiologica specie col sussidio di una speciale proiezione assiale del cranio.

L'O. richiama l'attenzione sui dati desunti dall'anatomia radiografica dei rapporti craniovertebrali specie per lo studio morfologico dell'atlante e della così detta vertebra occipitale.

Sulla patogenesi dell'infezione erpetica spontanea umana.

BASTAI. — Colle sue ricerche ha rilevato che è possibile trasmettere col liquido cefalorachidiano di individui presentanti estese manifestazioni erpetiche esteriori, la caratteristica cherato-congiuntivite erpetica sul coniglio, trasmissibile in serie, e di conferire altresì la immunità contro una successiva reinfezione praticata con virus erpetico sicuramente attivo. Con ciò l'O. ritiene di poter affermare che anche nell'uomo la malattia può assumere carattere di infezione generale, e in base anche a criteri clinici ed epididemiologici crede anzi debba questa essere ritenuta la evenienza ordinaria.

In base a questi risultati e ai risultati negativi ottenuti parallelamente col liquido cefalo rachidiano e sostanza nervosa di encefalitici senza manifestazioni erpetiche, egli ritiene che gli AA. i quali hanno sostenuto la esistenza di rapporto tra encefalite ed erpete febbrile siano caduti in equivoco per il fatto di essersi trovati in presenza della associazione delle due malattie, erpete

ed encefalite, che cioè ad essi sia accaduto di rinvenire il virus erpetico, mentre quello encefalitico, da loro ricercato e ancora da determinare sia loro sfuggito.

P. SISTO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 5 maggio 1922.

Pleuriti atipiche.

C. CHIRI. — Riferisce di parecchi casi di pleuriti circoscritte (pleuriti dell'apice, pleuriti diaframmatiche, scissurali, mediastiniche, ecc.) osservati nel comparto medico diretto dal primario dott. V. Rampoldi, illustrandoli con opportuni richiami clinici ed anatomici.

Sul comportamento della muscolatura dell'utero durante la gravidanza.

(Nota preventiva con dimostrazione di preparati).

G. AMATI. — Dalle sue prime osservazioni l'O. giunge a queste conclusioni:

1) Nel coniglio durante la gravidanza oltre ad una ipertrofia delle fibro-cellule muscolari dell'utero esiste anche una neoformazione di questi elementi;

2) Il processo di divisione indiretta si verifica nei primi giorni dopo l'avvenuta coabitazione, con un massimo di attività verso il terzo-quarto giorno, e rapida diminuzione e scomparsa più oltre;

3) Anche la mucosa uterina è sede di attivo processo neoformativo.

Incompatibilità dei sali di chinina coll'aspirina e colla resorcina.

D. GANASSINI. — L'O. descrive un complesso di esperienze che egli ha fatto *in vitro* e sugli animali da cui risulta in modo evidente che non esiste incompatibilità fra sali di chinina ed aspirina. La formazione di chinotossina ha luogo soltanto quando la miscela di queste sostanze venga scaldata alla temperatura di circa 100 gradi, oppure quando l'aspirina sia impura per traccie di cloruro di acetile.

A riguardo della incompatibilità dei sali di chinina con la resorcina l'O. dimostra che questa esiste anche fra queste sostanze mescolate sotto forma solida. La miscela dopo alcun tempo diviene di color giallo citrino o verde, acquista consistenza pastosa e talvolta cade in deliquescenza. Questa incompatibilità oltre che di natura fisica, sembra anche di natura chimica, perchè nella miscela spesso non si riesce a mettere in evidenza la presenza della chinina.

Ricerca rapida del bismuto nelle orine e nella saliva.

D. GANASSINI. — L'O. propone un metodo semplice di ricerca diretta del bismuto nelle orine, dedotto da numerose prove fatte su orine di sifilitici curati col Trepol e col Luatol. Si fa una soluzione di cloruro stannoso sciogliendo gr. 10 di questo sale in 10 cc. di acido cloridrico concentrato coll'aggiunta di 90 cc. di acqua distillata. A 10 cc. dell'orina in esame si aggiungono 2 cc. del reattivo e quindi 5 cc. di soda caustica al 20 %. Si forma un precipitato fioccoso che in presenza di bismuto si separa sotto forma di sedimento, dopo circa mezz'ora, colorato in grigio od in nero. La reazione è anche più netta operando in questo modo: Si rende fortemente alcalina l'orina con ammoniaca, si scalda e si raccoglie su filtro il precipitato di fosfati alcalino-terrosi formatosi, che trascina con sè il bismuto eventualmente presente. Si bagna il precipitato con un po' di stannito di sodio, preparato mescolando volumi eguali di cloruro stannoso e di soda caustica al 20 %; se presente bismuto il precipitato si colorerà dopo breve tempo in grigio od in nero. Per l'identificazione del bismuto nel precipitato grigio consiglia poi delle reazioni microchimiche.

Un caso di voluminosa ernia diaframmatica congenita del colon in un individuo normale per oltre venti anni.

M. OPPIZZI. — Il colon occupa pressochè tutta la cavità toracica sinistra, giunge fino a livello del margine anteriore inferiore della prima costa, aderisce alla pleura mediastinica con una larga superficie ed alla faccia superiore della volta diaframmatica a mezzo di fimbrie epiploiche lasciando il polmone costretto ed atelectasico nella parte toracica posteriore ridotto ad un decimo del suo volume.

Contributo allo studio dei processi involutivi dei tuboli seminiferi nel testicolo umano.

P. REDAELLI, laureando. — L'O. esaminando testicoli di tubercolotici, cardiopatici, diabetici, nefritici, leucemici, cachettici, ha accertato rallentamento della spermatogenesi, processi degenerativi vari a carico degli elementi della linea spermatica con prevalente degenerazione e infiltrazione adiposa. Tali alterazioni sono più gravi quanto più l'affezione dura a lungo, quanto più è grave e a seconda delle diverse affezioni.

Nello studio delle alterazioni determinate dell'alcoolismo cronico nel testicolo umano ha riscontrato con grande costanza uno stato involutivo dell'organo sessuale maschile caratterizzato da *atrofia con azoospermia più o meno completa.*

L'O. ha poi descritto uno stato involutivo del testicolo determinato da un avvelenamento da morfina, cioè una azoospermia completa con riduzione dell'epitelio seminale a cellule fisse, accompagnato da modica ipertrofia del tessuto interstiziale e della parete dei tubuli seminiferi.

Nell'atrofia senile confermando i reperti di Spangaro ha notato come *le ernie dei tubuli seminiferi*, che l'O. suddetto mette in relazione coll'età dell'individuo, debbano essere messe in rapporto più che altro col grado di arterio-sclerosi dei vasi dell'organo.

A. GASBARRINI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Sedute 28 aprile e 27 maggio 1922.

Presidenza: Dott. MODENA GUSTAVO.

Diverticolo dell'esofago.

CAUCCI e MONTANARI. — Donna di 39 anni, scoliotica con piccolo gozzo mediano tirojoideo. Primi disturbi: secchezza in gola, rumore di gorgoglio nella deglutizione dei liquidi, talora intoppo di boli solidi. Da due anni disfagia progressiva; regurgiti; i liquidi possono passare lentamente. Non tumefazione alla base del collo. La sonda esofagea è arrestata a 18 cent. da un ostacolo elastico e non è possibile penetrare nello stomaco. *Atto operativo.* Primo tempo: gastrostomia (Kader): dopo 14 giorni di tempo incisione classica della esofagotomia esterna: sacco grande quanto un uovo di piccione, sessile ben isolabile: sezione del colletto del diverticolo previa sutura occlusiva con punti da materassaio, affondamento del moncone con due piani di sutura; drenaggio per 24 ore, sutura totale, guarigione per prima. In 9ª giornata si riprende la alimentazione orale. L'O. riconosce nella gastrostomia preliminare il vantaggio di sollevare rapidamente le condizioni generali della p. e di fare l'antisepsi preventiva della cavità diverticolare e di tenere l'esofago in riposo durante la guarigione della ferita esofagea.

MONTANARI illustra le radiografie del caso che permisero una giusta diagnosi e diedero la precisa indicazione terapeutica.

BACCARANI UMBERTO riferisce sulle idee di ALESSANDRO TASSONI in riguardo a questioni mediche. Il poeta modenese trattò nel suo libro: «Pensieri diversi» questioni di medicina. Fra l'altro parlando della «gotta» scrive: La podagra è un mordace e grosso escremento che non potendosi consumare disgregandosi, cagiona dolori nei nervi e nelle giunture dove si ferma e si ingomma». Commenta e illustra questa definizione ancora giusta oggi dopo vari secoli.

Valore semeiologico del suono subtimpanico nella diagnosi della bronco polmonite da influenza.

BACCARANI UMBERTO. — L'O. dopo aver ricordato brevemente il meccanismo fisiopatologico del suono subtimpanico nella bronco polmonite, suono subtimpanico che può osservarsi all'inizio, ma sopratutto a risoluzione biologica del processo, dichiara di avere rilevato questo speciale reperto fisico nel 75 % dei casi di influenza a manifestazioni bronco polmonari e specie della base. Poichè il medesimo fenomeno non è molto frequente a osservarsi nelle bronco polmoniti comuni l'O. ritiene che la comparsa di un suono subtimpanico pre o metapneumonico possa deporre con moltissima probabilità per la natura influenzale del processo o quanto meno della forma morbosa speciale che va sotto il nome di bronco polmonite infettiva. La speciale gravità della forma influenzale si legge adunque oltre che nello stato generale degli infermi, nello speciale decorso della malattia anche nella grave offesa al parenchima polmonare (pneumoparesi o pneumoparalisi infettiva). Infine egli ha osservato che *coeteris paribus* la prognosi è molto più seria nelle flogosi bronco polmonari con suono subtimpanico o decisamente timpanico che in quelle nelle quali questo reperto mancava.

Considerazioni sulla atrofia muscolare progressiva

Dott. TAROZZI GIOVANNI. — Sulla scorta dell'esame di 15 casi l'O. discute sulle classificazioni delle atrofie muscolari quali sono riportate dai trattatisti e conclude che non sia sempre facile distinguere schematicamente le varie forme per cui è giustificato il concetto di quegli autori che tengono unite le forme miopatiche dalle mielopatiche, giacchè esistono molti casi che ripetono sintomi di una e dell'altra forma morbosa.

Sulla aprassia (con presentazione di una malata).

Dott.ssa GIULIA BONARELLI MODENA. — Si tratta di una donna che nello spazio di un anno circa ha perduto la facoltà di eseguire con il braccio sinistro gli atti più comuni della vita, pur non avendo paralisi. L'O. ricorda le suddivisioni della aprassia nelle forme ideatoria, ideomotrice di Liepmann, mielocinetica di Heilbronner e motoria pura corticale di Kloist. L'esame della malata conduce alla classifica di aprassia ideomotrice o di conduzione, cioè devono essere lese le vie associative tra i centri psichici superiori e i centri motori. Altri fenomeni che la p. presenta (emianopsia bilaterale omonima destra, agrafia e parziale alessia, alterata stereognosi) fanno considerare interessata la sottocorticalità parieto-occipitale sinistra: e per spiegare l'aprassia del braccio sinistro bisogna riportarsi a una lesione del corpo calloso forse nella sua porzione posteriore esterna in corrispondenza del prolungamento occipitale del ventricolo sinistro.

Pneumotorace totale da puntura esplorativa semplice.

Dott. AURELIO STOPPOLONI. — Dopo aver accennato a tutti gli inconvenienti che possono seguire la puntura esplorativa semplice della sierosa pleurica, riferisce un caso in cui la puntura diede luogo alla insorgenza di un pneumotorace totale. Descrive il caso clinico e spiega il fenomeno che non ha veduto citato da alcun autore, ammettendo di essere caduto con l'ago in un punto del parenchima dove in seguito a processo tubercolare si erano create condizioni anatomiche tali da rendere impossibile l'immediato collabire delle pareti attraversate.

Dott. BARTOLI. — Riferisce alcune osservazioni sulla influenza descritte da un sacerdote in un diario del 1580.

Dott. NINO DE PAOLI. — Riassume un caso di *paralisi generale progressiva* con tutti i caratteri clinici classici insorto in un giovane di 22 anni, quattro anni dopo la infezione luetica.

Dott. SALVOLINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

NEUROLOGIA.

La paralisi facciale ed il riflesso "mimica dello schiaffo"

Il nervo facciale è il nervo della mimica: paralizzato, i muscoli innervati da esso, non possono mantenere il loro tono permanente e non possono trasmettere le eccitazioni volontarie e la fisionomia dell'infermo rivela il *deficit* del VII paio. Però non sempre è così, specie quando si tratta del tipo centrale. In questi casi la paralisi interessa poco o affatto il facciale superiore, e possono sembrare integri gli orbicolari delle palpebre ed i muscoli frontali. La verità è che essi sono meno toccati, e ad un esame minuto può riscontrarsi qualche disturbo della forza, dell'ampiezza dei movimenti, del loro tono. Ma è sempre difficile riconoscere una paralisi del tipo sopranucleare, quando essa si presenta in infermi in stato comatoso o semi incoscente. In tali circostanze lo studio dei riflessi ci è di poderoso ausilio, ed è in tali condizioni che l'A. (Abente Haedo, *Anales de la Facultad de med. de Montevideo*, 1921) ha dimostrato l'interesse del riflesso da lui descritto col nome di « bofetada mimica » - « mimica dello schiaffo ».

Il riflesso consiste in ciò che dando un colpo con la mano aperta sulla guancia, si provoca una mimica per la contrazione involontaria dei muscoli della guancia innervati dal facciale. L'arco di tale riflesso è formato dal trigemino come via sensitiva centripeta, e dal facciale, come via motrice centrifuga.

Nelle paralisi in questione tale arco si trova interrotto onde dal lato paralizzato per effetto del colpo non si produrrà la contrazione dei suddetti muscoli. MONTELEONE.

La prognosi nell'encefalite epidemica.

R. Bing e R. Stahelin (*Schweiz. med Woch.* e *Medical Review*, maggio 1922) già da tempo sostengono che in oltre un quarto dei casi di encefalite epidemica, si hanno disturbi permanenti. Riportano ora la statistica di 97 pazienti di cui, dopo 9 mesi, 39 erano da considerarsi guariti: va però notato che gli AA. ascrivono all'encefalite anche il singhiozzo epidemico, che è invece stato dimostrato indipendente. Escludendo questa ed altri casi con manifestazioni leggere e fruste, le guarigioni sommano soltanto a 24, e la mortalità immediata a circa un quinto dei casi.

Diversa è la prognosi secondo la forma. È relativamente benigna nel tipo coreiforme: di 7 casi 4 guariti e 3 in via di guarigione; sebbene tuttora sofferenti con debolezza, insonnia, iperidrosi, xerostomia, parestesia e qualche anomalia psichica; non si è mai osservato parkinsonismo.

La combinazione del tipo coreiforme e letargico peggiora la prognosi, poichè in 11 casi tutti perdettero i fenomeni coreici, ma si ebbe in 3 parkinsonismo precoce, in 1 tardivo.

Relativamente cattiva è pure la prognosi del tipo mioclonico, (3 parkinsonismi su 5 casi) e sul tipo combinato letargico-mioclonico (8 parkinsonismi su 13 casi).

Grave è la prognosi nel tipo letargico; di 42 casi solo 11 guarigioni; in 14 si ebbe parkinsonismo in diretta continuazione con la malattia, in 7, parkinsonismo tardivo, di carattere progressivo: questa forma tardiva è associata con la peggiore prognosi. Vennero ascritti al parkinsonismo solo quei casi in cui vi era l'atteggiamento caratteristico e l'aspetto della faccia a tipo di maschera. Oltre a questi due sintomi cardinali si notava quasi sempre movimenti limitati e lenti, rigidità ed inibizione psichica, ed assai spesso il battere dei denti e lo sfuggire della saliva.

Oltre al parkinsonismo si sono osservate come manifestazioni tardive: depressione, psicosi gravi, demenza ed altre anomalie psichiche, debolezza estrema, insonnia, iperidrosi, parestesie, dolori, paralisi dell'accomodazione, gonfiore ricorrente delle articolazioni.

Risulta in complesso che la prognosi dell'encefalite letargica è assai dubbia, ma che essa può farsi con una certa sicurezza quando si sia definito il tipo della malattia. *fil.*

Il trattamento dell'insonnia nell'encefalite epidemica

È stato osservato che nei bambini con disturbi del sonno postencefalici, in cui gli altri rimedî erano riusciti inefficaci, le iniezioni di latte producevano effetti benefici. Lust (*Medical Review*, maggio 1922) può confermare tale osservazione. Un bambino, che aveva avuto encefalite a 6 mesi, e che aveva da oltre un anno disturbi del sonno, si addormentò tranquillamente mezz'ora dopo l'iniezione di 2 cmc. di latte e continuò il sonno per 12 ore, rimanendo nel giorno seguente tranquillo e calmo. La notte di poi, invece, rimase insonne come al solito. Si osservò poi in seguito che, generalmente ad ogni iniezione di latte seguiva il son-

no, che non si aveva con l'iniezione di semplice acqua distillata. La stessa iniezione di latte provocava il sonno soltanto quando ad essa seguiva aumento di temperatura: se questo era ritardato, ritardava anche il sonno; questo mancava anche quando la temperatura veniva abbassata per mezzo dell'antipirina.

L'effetto soporifico delle iniezioni di latte era dunque da attribuirsi soltanto alla sua azione sulla temperatura e non ad altra azione: anche altri mezzi per innalzare la temperatura, come i bagni caldi, agiscono allo stesso modo. L'A. conclude che il centro del sonno — se pure esiste — deve essere situato in prossimità di quello regolatore della temperatura; comunque, stabilita empiricamente tale relazione, rimane un'indicazione per il trattamento dell'insonnia post-encefalitica. *fll.*

Attacchi epilettoidi nell' ipopituitarismo.

L. Pierce Clark (*American Journal of Medical Sciences*, febbraio 1922) riporta tre casi relativi ad individui che soffrivano di attacchi epilettoidi dipendenti da disfunzione ipofisaria. Questi attacchi si sarebbero potuti interpretare come piccolo male epilettico, ma l'assenza del carattere epilettico e delle stigmate generiche fisiche e mentali dell'epilettico potevano escluderlo. Questi attacchi facenti parte del quadro clinico ancora oscuro della disfunzione ipofisaria dipendono da uno stato di lavoro eccessivo dei lobi anteriori della ipofisi.

In coincidenza con gli attacchi può essere presente una pressione sanguigna bassa, un polso lento, un'atassia vasomotoria. Nella sfera psichica non di rado si riscontrano carattere tendente alla delinquenza e basso sviluppo mentale.

La terapia deve essere fisica insieme con la somministrazione di tessuto glandolare specifico.

I casi leggeri guariscono da loro stessi, ma la guarigione può essere aiutata da una cura conveniente e dal riposo.

Timme pensa che in molti casi di disfunzione ipofisaria la stessa glandola compie un meccanismo di compensazione producendo delle erosioni ossee, e così la sella ingrandendosi permette un appropriato funzionamento della galndola; questo fatto può essere dimostrato dai raggi X. RADOGNA.

Terapia della paralisi agitante.

Nella cura della paralisi agitante, cura prevalentemente sintomatica, intesa ad eliminare i disturbi soggettivi provocati dal costante tremore spesso accompagnato a vivi dolori sono stati tentati numerosissimi mezzi fisici e chimici. Anche la scopolamina vantata da autorevoli autori, ha lo svantaggio di provocare spesso dei disturbi molesti (vertigine, disartria, disfagia, eccitazione, allucinazioni). I migliori risultati si ottennero negli ultimi anni, coi preparati di calcio che, modificando il ricambio, esplicano un'azione non soltanto sintomatica; e solo non ottenendo alcun risultato ricorrere al luminal. Si somministrano ogni giorno 3 cucchiaini da caffè di una soluzione al 5-20 %.

(F. FRANKE. *Med. Klinik*, n. 17, 1922).

POLLITZER.

FEGATO E MALATTIE BILIARI.

Disturbi prodotti da anomalie della vescicola biliare.

In un lavoro precedente Navarro (*Anales de la Facultad de med. de Montevideo*, 1921) aveva esposto le diverse sindromi cui poteva dar luogo una vescicola anatomicamente anormale: il volvolo, la idropisia intermittente della vescicola, ed i casi nei quali si manifesta una colica epatica e nell'operazione si trova solo una vescicola biliare anormale (vescicola biliare pseudolitiasica di Villard).

L'A. descrive un caso di tali pseudolitiasi, e richiama l'attenzione sopra alcuna vescicole corte, comprese nella quasi loro totalità nello spessore del legamento cistico duodenale, le quali possono in caso di ulcera duodenale o juxta pilorica determinare la sintomatologia in questione.

Ma un altro fatto l'A. vuol nel presente articolo far notare, a proposito di una malata da lui operata:

Una donna di 52 anni, quattro giorni dopo l'inizio di un ittero, nel dicembre 1920, è colpita da una tipica colica epatica, accessi dolorosi simili si sono poi ripetuti altre volte.

Operata per litiasi biliare, si trovò una vescicola avvolta nello spessore del legamento cistico duodenale e con la faccia superiore nello spessore del fegato; aveva scavato il suo letto nella ghiandola ed aveva compresso verso il basso il duodeno ed il coledoco causando così la sindrome di ritenzione completa. La presenza di calcoli nella vescicola, la comparsa dell'itterizia prima della colica, mette in discussione il problema seguente: Questa colecistite è di origine calcolosa, od i calcoli sono consecutivi alla precipitazione dei sali biliari contenuti in una vescicola che per la sua forma si presta alla ritenzione?

L'A. segnala tal fatto senza discuterlo, e passa al parlare di un'altra complicazione delle

vescicole anormali, cioè delle coliche epatiche febbrili, senza colecistiti, senza infiammazioni, senza calcoli, senza alterazioni delle pareti della vescicola, e che non possono essere attribuite ad altro se non a malformazioni della vescicola.

L'A. ha operato, e descrive nella sua memoria, quattro casi del genere, dai quali trae le conclusioni seguenti:

1° che le vescicole anormali, possono dar luogo al quadro della colica epatica, come fu dimostrato per primo da Villard;

2° che vi sono casi, e questo non è stato segnalato da alcuno, nei quali la colica vescicolare può essere febbrile ed anche accompagnarsi al quadro dell'infezione biliare grave;

3° altra conclusione è che la colecistectomia è indicata poichè con essa l'A. ha guarito tutti i suoi infermi, sia delle coliche che delle infezioni. MONTELEONE.

Sul nesso causale della calcolosi biliare col cancro della cistifellea

L'A. sulla base delle sue osservazioni fatte su 360 malati di calcolosi biliare nega che questa stia in nesso causale col cancro della cistifellea. Dei suoi pazienti 231 (64 %) erano malati da 1-10 anni, 129 (36 %) da 10-40 anni. Il 61 % aveva passato il 40° anno (età del cancro). L'osservazione accurata, proseguita per anni non fece mai sorgere il sospetto di un graduale passaggio dalla colelitiasi cronica al cancro.

Il nesso risulta non esistente dalle ricerche anatomo-patologiche di Aschoff e di Backmeister e dalla sproporzione notevolissima di numero tra gli affetti dalle due malattie.

Una conclusione opposta dovrebbe condurre ad un intervento operativo precoce in ogni caso di colelitiasi e ad un esame delle vie biliari in occasione di ogni laparotomia.

L'A. crede invece che si debbano liberare le centinaia di migliaia di persone che soffrono di colelitiasi dall'incubo di un esito in cancro.

(Dott. LUDWIG V. ALDOR. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 25 maggio 1922). BANISSONI.

Le indicazioni operatorie nella litiasi della cistifellea e del dotto cistico.

Tre sono le manifestazioni cliniche, secondo le quali si deve stabilire l'intervento operatorio, il dolore, il tumore apiretico della cistifellea e la febbre con infezione. (A. Huguier *Journal des praticiens*, 10 dicembre 1921).

Dolore. — Gli accessi parossistici possono avere la forma classica, oppure quella vescicolare (dolori meno violenti, e meno caratteristici per mancanza d'ittero, ma più frequenti e persistenti) o quella frusta (crampi epigastrici, dopo i pasti, che si calmano con applicazioni calde sullo stomaco).

L'intervento è indicato quando le crisi si ripetono una o più volte al mese, impediscono all'ammalato un'alimentazione sufficiente e di attendere alle proprie occupazioni, ovvero quando compaiono emorragie gastriche o cutanee, che rivelano l'incipiente insufficienza epatica. L'operazione più conveniente è la colecistectomia.

I dolori continui indicano l'atrofia sclerosa della cistifellea per colecistite calcolosa cronica, che si manifesta con tali dolori continui epigastrici, con crisi dopo i pasti, segni di dispepsia gastro-intestinale con ipercloridria e stenosi pilorica e crisi diarroiche di bile pura dopo i pasti. In tali casi l'intervento è discusso: l'A. però vi è favorevole, anche per evitare la possibilità che si sviluppi una cirrosi epatica da calcoli, od una degenerazione cancrenosa. Occorre però una diagnosi certa, che talvolta potrà farsi solo con la laparotomia esplorativa.

Tumore vescicolare apiretico. — Può essere intermittente, verificandosi durante la crisi per scomparire dopo qualche ora: in tal caso la distensione della cistifellea è dovuta ad un calcolo che ostacola il deflusso e l'intervento è formalmente indicato. Il tumore permanente può palparsi assai superficialmente, oppure profondamente nel fianco; se esso è duro pietroso (calcoli inclusi nella cistifellea) salvo particolari controindicazioni è consigliato l'intervento per ovviare ai pericoli di colecistite o di perforazione.

L'intervento è invece discusso quando si tratta di tumori renitenti (idropisia della cistifellea); l'A. però vi è favorevole e nei diversi casi da lui operati ha sempre avuto un buon successo.

Febbre con accidenti infettivi. — L'intervento è consigliato d'urgenza, in presenza di sintomi locali e temperatura a grandi oscillazioni (colecistite acutissima gangrenosa).

Se i fenomeni infettivi sono meno evidenti. la febbre è a tipo intermitente o continuo, se esiste, oltre al dolore spontaneo e la difesa localizzata delle pareti una tumefazione sottoepatica dolorosa od un impastamento (colecistite acuta con o senza pericolecistite calcolosa) si metterà il malato al riposo assoluto con vescica di ghiaccio all'esterno ed urotropina all'interno. Se i fenomeni acuti scompaiono, si opera più tardi a freddo: se invece la

tumefazione ed i fenomeni dolorosi aumentano, la temperatura non si abbassa, bisogna aprire subito e drenare l'empiema della cistifellea o il flemmone biliare, completando poi più tardi l'operazione a freddo.

L'A. fa rilevare la necessità che l'operatore, durante la colecistotomia per colecistite acuta raffreddata, ricerchi se vi sono calcoli latenti, senza ittero cronico, nelle vie biliari principali.

In caso poi di peritonite acuta per rottura della cistifellea o del fegato, durante una crisi di colica epatica, od in seguito a perforazione del coledoco infettato, l'operazione è formalmente indicata e riveste il carattere di estrema urgenza; talvolta però non è possibile.

Dopo l'intervento, il malato va soggetto ad un regime e ad un trattamento adatti per impedire che si formino nuovi calcoli. *fil.*

L'intervento chirurgico nei calcoli biliari.

Sopra una serie di 100 casi della clientela privata, C. Barling (*British Journ. of Surgery* e *Presse médicale*, 4 genn. 1922) ha avuto 6 morti postoperatorie. Nei primi 50 casi, la cistifellea è stata levata 13 volte, nei secondi 40 volte.

Con l'asportazione della cistifellea, i malati guariscono meglio e più rapidamente, che quando si applica soltanto il drenaggio: l'infezione della parete addominale è più rara e la parete più solida: il rischio operatorio, a parte controindicazioni evidenti, non è maggiore della colecistostomia; cinque, fra i sei morti, appartenevano ai 47 in cui venne drenata la cistifellea.

Sulle 53 colecistectomie, l'A. ebbe 1 morto e 3 recidive; tale operazione non impedisce dunque le recidive, ma non vi è ragione di ritenere che le favorisca.

Sui 100 ammalati, 35 avevano un calcolo del coledoco e molti avevano pancreatite in grado più o meno pronunziato. In due casi fu necessario fare una duodenotomia per calcoli incuneati nell'ampolla.

In un malato, che aveva avuto tifoide 18 anni prima, si trovò il bacillo di Eberth nella cistifellea e siero-reazione positiva.

Di solito l'A. fa seguire all'ablazione della cistifellea, quella dell'appendice: in due casi dovette procedere anche alla gastro-digiunostomia per grave stenosi dovuta ad ulcera duodenale. *r. s.*

Sull'operazione di Talma.

La formazione di un circolo collaterale fra i rami della porta e le vene dell'addome, proposta da Talma nell'ascite da cirrosi epatica, sebbene possa venire coronata da successo, viene eseguita abbastanza raramente ed è generalmente considerata con un certo scetticismo. E Rubensohn (*Münchener mediz. Wochns.*, 24 febbraio 1922) l'ha eseguita in un caso di tumore del fegato e pancreas, mentre l'ammalato si trovava in condizioni gravissime, tanto che non si poteva nemmeno pensare all'asportazione del tumore. L'ammalato sopravvisse e migliorò assai nelle condizioni generali, l'ascite non si riprodusse e sei mesi dopo l'operazione si poteva considerare guarito.

Questa osservazione allarga le indicazioni della operazione di Talma, estendendole ad ogni caso di stasi portale, da tumore maligno o benigno, quando la paracentesi non raggiunga lo scopo. Il successo sarà maggiore nella compressione puramente meccanica della porta, che non nei casi di cirrosi epatica, in cui porta pure dei vantaggi, come dimostrano i casi di Patschke (cirrosi epatica guarita del tutto, dopo l'operazione di Talma) e di Ströbel (10 operati, con 2 guarigioni, ed uno notevolmente migliorato). *l. b.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Conseguenze della concentrazione del sangue.

Le conseguenze di tale concentrazione e della consecutiva anidremia, per le funzioni organiche sono state studiate recentemente da diversi autori. Nell'atrepsia o marasma infantile, Marriott ha dimostrato che la facoltà di veicolare l'ossigeno è diminuita nel sangue, ciò di cui risentono i tessuti e specialmente organi come il rene, soffrono nelle loro funzioni secretorie. Negli animali esposti alla azione di gas tossici, e probabilmente anche nell'uomo, si ha una concentrazione del sangue, in conseguenza dell'edema polmonare, si ha quindi deficienza dell'ossigeno nei tessuti, abbassamento di temperatura e sospensione delle attività vitali; analoghe condizioni si possono osservare nell'influenza e possono essere la causa della morte.

Anche sulle funzioni gastriche influisce la concentrazione del sangue, quale può verificarsi negli stati febbrili: si ha quindi riduzione della quantità totale del succo gastrico, nonchè nella secrezione salivare, ed anche modificazioni degenerative degli organi secernenti. Bisogna quindi rivolgere maggiore attenzione alla terapia di tali stati di anidremia, che non sono rari, e rifornire l'acqua al sangue troppo concentrato.

(*Journ. Am. Med. Assoc.*, 7 genn. 1922).

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1304) Al dott. E. P. da J. S.:

Completo e pratico è il classico libro di Nogier: *Electrothérapie* - 1 volume - Bailliere e f. (Biblioth. de Thérap. Gillert e Carnot) di cui esiste una edizione abbastanza recente. Ma recente, veramente pratico e utile sotto tutti gli aspetti è il volumetto del Kowarschik: (*Elektrotherapie*, Berlin, J. Springer, 1920) con moltissime figure e con *dettagliatissime* indicazioni. Non esiste traduzione italiana.

Di trattati italiani di elettroterapia nessuno è completo e recente: il libro della Sgobbo (rivolgersi all'A. via Chiaia 216, Napoli) sebbene ormai non più recente è uno dei pochi e buoni tentativi italiani di trattato di elettroterapia.

E. MILANI.

(1305) Al dott. E. Falbo da Paduli:

CASSIOLI. *L'ostetrico pratico.* Idelson, Napoli. — MAMELI-SPINELLI. *Terapia medica e piccola chirurgia ginecologica.* Ibidem. — A. BORRINO. *Terapia infantile.* Unione tipografico editrice torinese. *fil.*

(1306) All'abbonato 1713:

Non ci consta che esistano trattati *recentissimi* italiani o francesi sulle malattie del fegato e vie biliari, tranne nei grandi trattati, in corso di pubblicazione (in Italia il Mohr e Stahelin, di cui la parte relativa al fegato e vie biliari è stata tradotta un paio d'anni fa: in Francia i noti trattati in corso di pubblicazione, più volte annunciati nel *Policlinico*). Una rivista delle idee moderne su tale argomento è stata pubblicata in *Paris médical*, 20 maggio 1922. Veda anche M. BRULÉ. *Recherches sur les ictères.* Masson, Parigi. Sulla cura delle cicatrici retratte, consulti i trattati di chirurgia e di ortopedia. *fil.*

(1307) Al dott. G. B., abbonato 7494:

F. LEJARS. *Traité de chirurgie d'urgence.* 8ª edizione, Masson, éd., Parigi. Se ne sta pubblicando una nuova edizione italiana. F. Vallardi, Milano. — VICARELLI. *Terapia ostetrica d'urgenza.* Unione tip. ed., Torino. — ASCHOFF. *Trattato di anatomia patologica.* Ibidem. — P. FOÀ. *Trattato di anatomia patologica*, in corso di pubblicazione. Ibidem.

fil.

(1308) Al dott. T. Ghiotto da Mossano:

BERDAL. *Malattie veneree.* Fr. Vallardi, Milano. — RADAELI. *Malattie cutanee*, ibidem. — G. VERROTTI. *Patologia e terapia delle malattie veneree.* Idelson, Napoli; per la sifilide il manuale del GOUGEROT. *Traitement de la syphilis.* Per quanto riguarda la formola richiesta, non ne è nota sotto il nome indicato: tra le formole contenenti acido fosforico vi è la limonea fosforica della farmacopea francese (Acido fosforico al 25 % g. 5. Acqua g. 875; sciroppo semplice g. 125); se ella fornirà maggiori indicazioni si potrà farne ricerca. *fil.*

VARIA

La propaganda nella lotta antianofelica.

Un'eccellente mezzo di propaganda è quello di diffondere praticamente le nozioni sulla vita degli anofeli.

A Strasburgo è stata tenuta esposta per un certo tempo in piena città una cassetta in vetro tutta chiusa che permetteva ai passanti di rendersi conto dei diversi stadi della vita delle zanzare. Nella parte inferiore si trovavano due recipienti in vetro con acqua in cui si agitava una larga quantità di larve di zanzare; nella parte superiore, divisa per mezzo di una reticella, si trovavano le zanzare adulte, che potevano andare a depositare le uova nell'acqua, passando attraverso un foro centrale della reticella. La cassetta era accompagnata da tavole con figure esplicative e con i consigli per la lotta contro le zanzare, riassunti come segue:

1) Sopprimere tutte le acque stagnanti, oppure popolarle con pesciolini; 2) attirare e rispettare i pipistrelli, che mangiano molte zanzare; 3) vuotare completamente ogni otto giorni l'acqua dei bacini, delle botti d'innaffiamento; le larve, messe così in secca, muoiono subito; 4) spandere alla superficie delle acque stagnanti del petrolio in ragione di un cucchiaio per mq.; questa debole dose non nuoce alle piante, nè all'uso dell'acqua per inaffiamento dei giardini ed uccide la larve di zanzare. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MINERBI CESARE. *Alcuni criteri di semeiologia fisica per la diagnosi differenziale tra l'influenza e il catarro acuto infettivo volgare delle vie aeree.* — Firenze, 1919.

MIRACAPILLO GENNARO. *L'« Arsichinina » nella cura della malaria.* Cusano Milanino, Tip. A. Colombo e F., 1921.

MOBILIO GIOVANNI. *Trattamento di un caso di tetano traumatico col metodo Baccelli.* — Castronuovo Sant'Andrea, 1921.

MONCALVI L. *Un caso di cianosi con stenosi congenita dell'a. polmonare, destrocardia e situsviscerum inversus.* — Napoli, 1920.

MONTI GIUSEPPE e ZILOCCHI ALBERTO. *La Pellagra nella provincia di Bergamo nell'anno* 1921. — Bergamo, Fratelli Bolis, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Semplificazioni nella Sanità pubblica.

Un Comitato di Ministri del passato Ministero aveva predisposto provvedimenti per la riforma dell'ordinamento e dei servizi del Ministero dell'Interno.

Per quanto riguarda la Sanità pubblica, alcune proposte riguardano abrogazioni o modificazioni di disposizioni di leggi, altre sono semplificazioni di competenze del potere esecutivo. Si propone che nell'art. 6 della legge sugli ordini dei sanitari alle parole «al principio di ogni biennio» siano sostituite le altre «al principio di ogni triennio a decorrere dal 1° gennaio 1922». Questa modificazione concorre da una parte a garantire una maggiore proficuità d'azione degli Ordini dei Sanitari, mediante una più lunga unicità di indirizzo, e dall'altra eguaglia la durata in carica dei membri dei Consigli amministrativi degli Ordini stessi, con la durata in carica dei membri dei Consigli — superiore e provinciale — di sanità di cui pure fanno parte, di diritto, i rappresentanti degli Ordini. Poichè poi ad ogni iscritto all'Albo è dato di gravarsi innanzi al Consiglio superiore di Sanità contro le validità delle operazioni elettorali, la modifica proposta viene anche in definitiva a richiedere a più lunghi intervalli di tempo i lavori di ufficio necessari per la risoluzione dei ricorsi sulla materia.

Nel personale dell'Amministrazione della Sanità pubblica si propongono sensibili riduzioni, e precisamente:

1) di ridurre da 7 a 3 il numero degli ispettori medici, comprendendo esplicitamente in questo numero il funzionario di quel grado incaricato delle funzioni di collegamento fra il Ministero delle Colonie e la Direzione Generale della Sanità pubblica, e delle funzioni ispettive del servizio di sanità marittima per la Tripolitania e la Cirenaica;

2) di ridurre da 3 a 2 il numero degli ispettori veterinari;

3) di affidare una delle due sezioni della Divisione tecnica per il servizio igienico generale ad un medico, anzichè ad un funzionario amministrativo;

4) di dare costituzione organica all'ufficio centrale creato per l'applicazione della legislazione antitubercolare; ciò che si fa nella più modesta forma possibile; e cioè con un medico provinciale incaricato delle funzioni di capo-divisione con un segretario medico e uno amministrativo;

5) di ridurre da 2 a 1 i posti di segretario agrario alla Divisione per il servizio zooiatrico;

6) di sopprimere i tre posti di segretario del Consiglio superiore di Sanità (2 medici e l'ingegnere);

7) di ridurre con una più restrittiva valutazione delle esigenze del servizio i posti di medico provinciale addetti agli uffici periferici da 77 a 73; di medico provinciale aggiunto agli uffici periferici da 84 a 52; di veterinario di confine e di porto agli uffici periferici da 42 a 18.

Per il trattamento economico questo sarà coordinato con quello che sarà per determinarsi per il personale dell'Amministrazione dell'Interno, con il quale quello della Sanità pubblica è fuso e commisto nel lavoro e nelle responsabilità.

I capisaldi accolti dalle tabelle ora in vigore sono:

a) assegnazione all'unico grado direttivo del personale di prima categoria di uno stipendio che vada dal minimo assegnato al Consigliere al massimo assegnato al Vice-prefetto;

b) assegnazione di detto massimo ai Capi di laboratorio;

c) determinazione dello stipendio iniziale del grado subalterno in cifra alquanto più elevata di quella che sarà per fissarsi pel Consigliere aggiunto, in rapporto con il valore economico maggiore del titolo di studi di ammissione;

d) concessione al personale di una indennità di rischio professionale.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Nazionale dei Medici della Marina Mercantile.

L'Associazione Nazionale dei Medici della Marina Mercantile ha inviato la seguente lettera a ciascun membro del Consiglio Superiore di Sanità Pubblica:

«Nella seduta del 26 giugno u. s. l'Ill.mo sig. comm. Lutrario Direttore Generale della Sanità Pubblica, nella sua mirabile relazione accennando alle riforme che si dovranno attuare allo scopo di migliorare i servizi di profilassi per una più efficace difesa dalle malattie infettive provenienti dall'estero dichiarava fra l'altro che occorre:

«*Conferire un nuovo contenuto alla figura del medico di bordo il quale non deve limitarsi alla modesta funzione del medico «curante» ma elevarsi alla dignità ed importanza di un vero «ufficiale di sanità di bordo».*

Nella stessa seduta l'on. Consiglio Superiore di Sanità ha approvato la prima parte delle proposte concordate in Roma da apposita Commissione Ministeriale, riguardante i servizi sanitari di bordo e nella prossima seduta sarà chiamato a dare il suo parere su altre proposte.

La nostra Associazione si permette ora di richiamare l'attenzione della S. V. Ill.ma sulla enorme importanza di queste ultime proposte.

Contrariamente a quanto accade oggi, in cui il medico di bordo viene lasciato alla assoluta mercè delle Compagnie di navigazione, le quali hanno

diritto di nominarlo, di diffidarlo, di punirlo o di licenziarlo, come esse fanno senza tanti riguardi ogni qualvolta il medico non si presti a difendere ed a tutelare l'interesse materiale della Compagnia, anche contro le disposizioni della legge sulla Emigrazione, e delle leggi sanitarie, con i nuovi ordinamenti proposti si stabilirebbe invece:

A) Che la nomina del medico a bordo dei piroscafi mercantili sarà fatta in seguito a concorso per titoli da una Commissione di 5 membri in rappresentanza:

1) per la on. Direzione Generale di Sanità;

1) per il Commissariato Generale della Emigrazione;

1) per la Capitaneria di porto;

1) per la Compagnia;

1) per l'Associazione dei medici di bordo.

Siccome in questa Commissione sono rappresentati tutti gli enti interessati direttamente alla nomina del medico di bordo e quindi vi è rappresentata anche la Compagnia, così tale Commissione potrà e dovrà senz'altro procedere alla nomina del medico, usando una procedura analoga a quella stabilita per gli Ufficiali Sanitari Governativi, la cui nomina è sottratta ai Comuni ed è devoluta alle Prefetture.

B) Che qualsiasi accusa fatta al servizio del medico dovrebbe essere vagliata e giudicata da una Commissione della quale fa parte il Comandante di Porto; un medico di Porto; un medico di bordo.

L'Associazione dichiara che se queste due riforme saranno approvate dall'on. Consiglio Superiore di Sanità e successivamente attuate, sarà senz'altro creata la nuova figura del medico di bordo vero Ufficiale di Sanità dal quale agli effetti del servizio igienico sanitario a bordo le autorità potranno tutto chiedere e tutto ottenere.

Se invece queste riforme saranno respinte e si lascierà ancora il medico di bordo con le mani e i piedi legati, in balìa esclusiva dell'armatore, ebbene dichiariamo che in tale caso la sua autorizzazione ministeriale a viaggiare, ottenuta per esami a Roma presso la on. Direzione Generale di Sanità, e la sua investitura a bordo delle funzioni di Ufficiale Sanitario Governativo, continueranno a restare due lustre del tutto inutili ed inefficaci.

Avremo a bordo un Ufficiale Sanitario Governativo che non avrà neppure l'efficacia del fantoccio messo nei campi a difendere le messi dagli uccelli.

Malgrado i suoi pomposi titoli egli resterà sempre il medico nominato dalla Compagnia, vale a dire l'impiegato mantenuto e pagato a bordo dall'armatore al solo ed esclusivo scopo di difenderne gli interessi.

Ritorneremo in altre parole alle stesse condizioni disastrose nelle quali i servizi sanitari di bordo si trovavano prima della legge del 1901 sulla emigrazione.

Anche allora il medico a bordo era investito dalle funzioni di Ufficiale Sanitario Governativo.

In luogo di una autorizzazione ministeriale otteneva una autorizzazione prefettizia. Ma siccome anche a quell'epoca egli era un impiegato della Compagnia i servizi sanitari di bordo finirono col dare tale disastrosa prova, che il Governo fu costretto ad attuare la legge del 1901 sulla emigrazione, con la quale togliendo ogni fiducia al medico civile, imponeva a bordo l'imbarco di un medico militare R. Commissario, al quale affidava le funzioni di Direttore Sanitario e di Ufficiale Sanitario Governativo.

Dobbiamo dichiarare che se con tale legge si era fatta offesa grave agli ordinamenti della Sanità civile, e si erano strappate al medico civile di bordo tutte le sue prerogative sancite dalla legge sanitaria, si era però arrivati a sistemare i servizi igienici sanitari di bordo.

Il medico militare fece infatti buona prova a bordo.

Ma tale buona prova egli deve esclusivamente al fatto della sua *completa indipendenza dalla Compagnia.*

Si conceda adunque anche al medico civile uguale libertà di azione a bordo ed i risultati che se ne potranno conseguire saranno ancora superiori, giacchè per essa il medico a bordo non soltanto otterrà la possibilità di agire a difesa dei regolamenti sanitari, ma lo farà con sicura competenza, dato e considerato che la sua autorizzazione a viaggiare sui piroscafi mesrcantili, gli viene oggi rilasciata solo in seguito a severo esame di Stato.

Fidando perciò che la S. V. Ill.ma vorrà col suo voto sostenere le invocate riforme con tutto ossequio mi firmo

Il Segretario della A. N. M. M. M.
Dott. CARLO BASSONI.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Verona*: Dottori: Saveri Augusto, Legnago — Tomba Giovanni, Roncà — Pizzoli Luigi, Boscochiesanuova — Perinelli Arturo, Caprino — Novello Francesco, Sant'Ambrogio — Cazzola Igino, Colognola ai Colli — Cantù Giovanni, Prun — Donelli Cesare, Gazzo — Petuzzi Benedetto, Illasi — Melansani Luigi, Ercole — Ferrero Arturo, Ronco — Del Bue Alcide, Valeggio — Fraccarolli Ugo, Mezzane — Castagnedi Giuliano, Soave — Ceschi Giovanni, Garda — Pollettini Umberto, Vigasio — Oppi Giulio, Sommacampagna — Clementi Luigi, Quinto — Girelli Francesco, Pescantina — Cavenna Gaetano, Fumane.

Provincia di *Udine*: Dottori: Bianchi Luigi, Carlino Marano — Tavello Giobatta, Varno Rivignano — Furlanetto Libero, Pordenone — Bertoli Pietro, Sesto al Reghena — Sandrini Umberto, Pavia d'Udine — Rainis Giobatta, Pasian Schiavonesco — Ferretti Mario, Latisana — Gonano Pasquale, Fagagna — Carnelutti Giovanni, Poz-

zuolo Friuli — Venuti Aldo, Faedis — Grillo Umberto, Martignacco — Marianini Clemente, Talmassons — Giarletta Cosimo, Brugnera — Benazzato Bentivoglio, Gonars — Petrucco Giobatta, Fiume Veneto — D'Andrea Luigi, San Giorgio della Richinvelda — Molini Giuseppe, Porpetto — Talotti Giuseppe, Azzano Decimo — Bonzanini Camillo, Polcenigo — Castellani Lodovico, Feletto Umberto — Costa Giuseppe, Cordovado — Padovani Giuseppe, Lestizza — Bertolissi Giuseppe, Sacile — Forzano Gioacchino, Chions — Cigolotti Prospero, Moggio Udinese — Masotti Pietro, San Vito al Tagliamento — Di Caporiacco Attilio, Spilimbergo — Guiotto Giobatta, Manzano — Cecchetti Umberto, Tolmezzo — Abatelli Ignazio, Castelnuovo — Zatti Antonio, Casarsa — De Monte Pietro, Prata di Pordenone — Schiavetto Amedeo, Bertiolo — Brosadola Antonio, San Pietro al Natisone — Dal Gos Arturo, Santa Maria la Longa — Celotti Giuseppe, Gemona — Capellotto Guglielmo, Pasiano di Pordenone — Bergamo Luigi, Bagnaria Arsa — Russi Alfredo, Caneva — Lexardo Augusto, San Daniele del Friuli — Di Zinno Paolo Pravisdomini.

Provincia di *Treviso*: Dottori: Rigaggi Umberto, Tarzo — Bruni Gio Batta, Casale sul Sile — Ricciuti Giovanni, Castelfranco Veneto — Vasceilari Arturo, Vittorio — Spegazzini Attilio, Treviso — De Poi Francesco, Fregona — Tasso Gustavo, Preganziol — Bottani Antonio, San Biagio di Callalta — Bonafede Antonio, Nervesa — Canziani Ulisse, Chiarano — Passanante Vito, Sernaglia — Mantovani Orsetti Giovanni, Crespano del Grappa — Dalla Zorza Silvio, Istrana — Reiklin Carlo, Mogliano — Cipriani Luigi, Villorba — Zorzi Ottavio, Castel di Godego — Carraro Leonida, Trevignano — Placeo Carlo, Volpago — Lucco Miro, Codognè — Manzotti Adolfo, Gaiarine — Cavarzerani Francesco, Mareno di Piave — Guidetti Pietro, San Fior — Matteo Signori, Santa Lucia di Piave — Marcer Ruggero, San Vendemiano — Grava Carlo, Susegana — Vezzù Scipione, Vazzola — Morelli Giovanni, Fontanelle — Squeri Virgilio, Gorgo al Monticano — Trombetta Pietro, Ormelle — Mazzotta Ottaviano, Follina — Passarelli Ferruccio, Valdobbiadene.

Provincia di *Pisa*: Dott. Del Mario Carlo, Collesalvetti.

Provincia di *Parma*: Dottori: Prof. Rossi, Parma — Frassi Alfredo, Parma — Tridenti Enrico, Borgo San Donnino — Silvestri Giovanni, San Lazzaro — Ugolotti Ferdinando, Colorno — Camussi Luigi, Neviano Arduini — Cevaschi Odoardo, Travesetolo — Marchesilli Sante, Beceto — Boni Enrico, Collecchio — Bocchi Amilcare, Cortil San Martino — Canali Mario, Fornovo Taro — Panini Annibale, Lesignano Bagni — Tenca Giovanni, Lesignano Palmia — Orsini Silvio, Palanzano — Zampetti Emilio, Sala Baganza — Muscella Enrico, Tizzano Val Palma — Tonelli Carlo, Vigatto — Barbieri Carlo, Fontanellato — Grandi Ermenegildo, Medesano — Gerbella Riccardo, Polesine Parmense — Tommasinelli Achille, Roccabianca — Gardenghi Giuseppe, Salsomaggiore — Tetrucci Serafino, San Secondo — Depratti Giov. Battista, Soragna — Rasori Francesco, San Pangrazio — Ferrari Dialma, Sorbolo — Romolotti Ettore, Busseto — Consigli Paolo, Sissa — Molinari Cesare, Bedonia — Spagnoli Giovanni, Borgotaro — Menozzi Virginio, Calestano — Ramacci Arnaldo, Corniglio — Bossi Guglielmo, Felino — Cheriè-Lignere Pier Luigi, Golese — Franceschi Giuseppe, Langhirano — Bonati Vittorio, Mezzani — Molinari Carlo, Monchio — Senetiner Giovanni, Montechiarugolo — Valenti Giuseppe, Solignano — Vignali Aldo, Torrile — Mantovani Enrico, Varsi — Plancher Emilio, Fontevivo — Gipprich Federico, Noceto — Marubbi Giuseppe, Pellegrino Parmense — Parenti Giuseppe, Trecasali — Guggia Candido, Varano Malegari — Brizzi Igino, Zibello — Musa Severino, Compiano — Emanuelli Paolo, Tornolo.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9518) *Esercizio professionale.* — Dott. R. R. da S. C. N. — Lo studente del 5° anno di medicina non può fare ricette nè intraprendere cure di ammalati. Ciò facendo contravviene al disposto dello articolo 53 della vigente legge sanitaria. La contravvenzione è punibile con la multa di lire 100 ed occorre farne denunzia ad uno qualsiasi degli ufficiali di polizia giudiziaria.

(9519) *Ufficiale sanitario.* — Dott. abbonato 2105. — Il libero esercente può toglierle l'incarico di ufficiale sanitario, che ora provvisoriamente esercita come medico condotto sol quando abbia vinto analogo concorso ed abbia avuto regolare investitura da parte del R. Prefetto della Provincia. La facoltà del Prefetto di procedere a nomine provvisorie fu dallo articolo 111 del regolamento sanitario limitata al 31 dicembre 1908. Fu prorogata fino al 31 dicembre 1911 col R. D. 23 marzo 1911, n. 295. Non essendo più stata prorogata da quell'epoca, è naturale ritenere cessata la facoltà.

(9520) *Parole offensive professionalmente.* — Dott. F. d'A. da R. M. — Potendosi ritenere che le frasi usate a suo riguardo nel deliberato offendano la sua reputazione di professionista e di impiegato comunale, sarebbe il caso di esaminare se nel fatto concorrano gli estremi pel reato di diffamazione. In tal caso occorrerebbe la querela di parte.

(9521) *Compenso per prestazioni professionali.* — Dott. G. C. da R. — Stando a quanto dispone il regolamento locale, avendo Ella l'obbligo di curare gratuitamente tutte le persone inscritte nello elenco, non ha diritto di pretendere compenso dalla donna infortunata. Costei ha, però, diritto di essere indennizzata dallo investitore, ma nello indennizzo, avendo Ella diritto a cura gratuita, non possono comprendersi la assistenza sanitaria e le cure chirurgiche occorse.

(9522) *Cassa di previdenza.* — Dott. F. M. da C. — L'iscrizione alla Cassa di previdenza è obbligatoria se l'istituto presso cui serve sia eretto in ente morale ed abbia un reddito superiore alle lire 5000 annue. Ella avrà diritto alla pensione dal 1919 anno in cui si è inscritto alla Cassa. Servizio anteriore altrimenti prestato non è possibile più riscattare. Con 25 anni di servizio e 75 di età liquiderà la pensione di lire 3000 annue. Se il servizio presso le cliniche fu fatto a carico dello Stato, senza diritto a pensione, si cumula agli effetti dello articolo 19 del testo unico della legge.

(9523) *Concorsi per la nomina di medici condotti.* — Dott. G. T. da C. — Non è stabilito dal regolamento sanitario alcun termine entro cui le Commissioni giudicatrici debbono espletare il mandato loro affidato. In caso di smarrimento e di dispersione dello intero incartamento presentato pel concorso è responsabile di danni il Comune, cui furono in primo tempo, esibiti, ma non la Commissione giudicatrice o l'ufficio sanitario provinciale. Qualsiasi concorrente, al pari di ogni altro professionista, può domandare al Comune di esse-

re nominato interino durante l'espletamento del concorso che va per le lunghe. Non vi era bisogno di speciale disposizione regolamentare per stabilire un fatto di assoluta normalità.

(9524) *Sessennii - Indennità caro-viveri.* — Dott. M. B. da C. — Per fare l'esatto calcolo degli aumenti sessennali, che Le competono deve inviare uno specchietto in cui sieno precisate le date degli aumenti già conseguiti e quelle relative agli aumenti normali di stipendio avuti nel frattempo. Percependo come medico condotto le indennità caro-viveri, non ha diritto ad averle come ufficiale sanitario.

(1925) *Risposto privatamente come da desiderio espresso.*

(1926) *Condotta medica a scavalco ed ufficiale sanitario.* — Dott. F. M. da C. — I due Comuni indicati figurano, forse, ancora in consorzio e perciò l'indennità caro-viveri deve essere unica. Se, però, sono legalmente divisi, non si comprenderebbe la unicità della prestazione. Esponga il caso alla G. P. A. per le conseguenti provvidenze. Non è fissato in legge la disdetta quanto tempo prima di cessare il servizio deve essere notificata. Basta lasciare un congruo termine per trovare altro impiego. Il medico a scavalco non acquista alcun diritto ad indennità, in caso di scioglimento del consorzio. Ci è da augurarsi che sia sollecitamente discusso dinanzi al Parlamento il nuovo progetto per le pensioni. Dott. JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BERGAMO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico settore e dirigente Labor. anat. patol. e analisi cliniche. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CAORLE (*Venezia*). — Scad. 10 agosto. Medico-chirurgo del 1° reparto di questo Comune. Stip. lordo L. 10,000; ind. cavallo L. 3400; ind. malaria L. 1500; ind. uff. san. L. 800. Alloggio gratuito in comoda abitazione posta sulla spiaggia a pochi metri dal mare. Cinque aumenti quadrienn. del decimo e due quinquennali ventesimali sulla base dello stipendio iniziale; c.-v. a norma di legge.

CASERTA *R. Prefettura.* — Undici posti di uff. san. Vedi fasc. 28. Scad. 10 agosto.

CASTIGLIONE DELLA PESCAIA (*Grosseto*). — Al 10 agosto, ore 17; condotte di Tirli e Vetulonia; lire 9000 e doppio c.-v. Stato famiglia.

CICCIANO (*Caserta*). — Vedi fasc. 30. Scadenza 15 agosto.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Chirurgo condotto; lire 6500 lorde; 10 bienni di 1 ventesimo; una lira per ogni povero oltre i 2000. Rimborso spese trasporto per il forese; caro-viveri; sono in corso di studio miglioramenti di stipendio. Età massima 35 salvo per coloro che furono o sono al servizio di pubbliche amministrazioni. Certificato di moralità. id. comprovante l'immunità da condanne per cui non si può essere elettori nè eleggibili. Certificati temporanei non anteriori a tre mesi. A parità di merito, preferenza per chi ha prestato servizio mil. in guerra. Assunzione 15 giorni dopo la nomina. Scadenza 20 agosto.

ESPERIA (*Caserta*). — Scad. 15 agosto. L. 6000, 3 quinq., c.-v. Età lim. 40 anni, Inscriz. a un albo.

LAURIA (*Potenza*). — Scade 31 ag. L. 3000 per 300 fam. povere; L. 10 ogni fam. in più; 1ª indenn. caro-viv. Età limite 45 anni. I concorrenti devono inviare cartolina-vaglia di L. 60.15 intestata al Tesoriere Prov. di Potenza per competenze Commissione giudicatrice.

GRISOLERA (*Venezia*). — Scadenza 10 agosto. Stipendio L. 10,000; indenn. malaria L. 800; indenn. mezzo di trasp. L. 4000; uff. san. L. 600 (per 2 cavalli L. 2000 in più); indenn. caro-viveri a termini di legge. Titoli: i soliti richiesti dalla legge, in più lo stato di famiglia.

LUBRIANO (*Roma*). — Condotta residenziale. Servizio dei poveri ammessi alla somministrazione dei medicinali gratuiti. L. 7000 lorde. Ric. Mob. e M. Pensioni; 4 aumenti quadriennali del decimo, per 5 quadrienni; L. 500 annue per disagiata residenza, doppio c.-v. di legge; L. 300 come uff. san. Documenti di rito compresa l'iscrizione all'Ordine; situazione famiglia. Scadenza 22 agosto.

MODENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. del capoluogo. Vedi fasc. 28. Scad. 20 agosto.

OLGIATE (*Como*). — Consorzio; alle ore 16 del 31 ag. Età mass. 40. Due anni di condotte o di assistentato in osped. pubb. o clin. Classificaz. esami. L. 5500 elevab. a L. 6000 dopo un biennio per 1000 pov.; addiz. L. 2 fino a 2000 pov., L. 3 fino a 3000; 3 quinq. dec., doppio c.-v.; L. 2000 trasporto.

RIVERGARO (*Piacenza*). — L. 6500, oltre L. 3000 per 1000 pov., L. 650 uff. san., L. 400 ambul., lire 600 cav.; 5 quadrienni dec., L. 3000 cav., L. 2000 c.-v. cav. Serv. entro 15 g. A tutto 15 agosto.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni.* — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

SERNAGLIA (*Treviso*). — Condotta; abitanti 4200. Stip. cura poveri fino a 1000 a L. 6000 con aumenti quinquennali del decimo per cinque quinquenni; per ogni povero in più L. 2 annue; indennità trasporto (obbligatorio) L. 2500; uff. san. (se riceve l'incarico) L. 400; caro-viveri; alloggio gratuito. Età massima per chi non abbia prestato servizio di condotta anni 45. Servizio antecedente di condotta o di ospedale per 2 anni, per chi ha prestato servizio militare in guerra; 6 mesi di pratica ospedaliera. Tra i certificati, stato di famiglia. Scadenza 30 giorni dal 14 luglio.

STAZZEMA (*Lucca*). — A tutto il 10 agosto, per 900 pov. su 2828 ab.; L. 8800 e 4 quinquenni decimo, L. 2000 cav., L. 2400 c.-v. Servizio entro 15 g.

TARANTO. — Direttore Labor. Med. Batteriol. Vedi fasc. 30. Scadenza 31 agosto.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita. Primario di chirurgia,* 4000 lorde, due quinquenni del decimo, percentuale degli atti operativi

agli abbienti; nomina per un quinquennio. Documenti temporanei non anteriori a mesi tre. Titoli e pubblicazioni in 5 esemplari. La Commissione terrà conto di titoli di ortopedia chirurgica infantile, militari. Età massima 45 (computato il serv. milit. in guerra. Assunzione in servizio il 1° gennaio 1923.

Assistente di medicina, 3000 lorde, due quinquenni del decimo; percentuale per le tasse di cura degli abbienti. Età massima 32 (computato il serv. mil. in guerra). Preferenza, a parità di merito, ai titoli militari.

Radiologo. Condizioni presso la Segreteria: pubblicazione in triplice copia: a parità di merito, preferenza ai titoli militari.

Scadenza dei tre concorsi 31 ottobre.

VALLE AGRICOLA (*Caserta*). — Scad. 13 agosto. Medico-chirurgo dell'unica condotta per la cura dei soli poveri. Stip. L. 6000 con aumenti quinquennali del decimo oltre la temporanea indenn. c.-v. e L. 500 quale uff. san. e L. 1200 per indennità disagiata residenza.

L'Ordine dei Medici di Siena informa che i paesi limitrofi al comune di TORRITA (v. annunzio di concorso n. 29) non sono sprovvisti di chirurghi, trovandosi invece ospedali e chirurghi a Montepulciano, Sinalunga, Fasano, Lucignano; i due primi si trovano a 10 minuti di ferrovia da Torrita.

Diffide.

Boccolo de' Tassi (Piacenza); Basile (Cosenza); Niella Tanaro (Cuneo); Nissoria (Catania).

Giovane medico-chirurgo cerca buon interinato in provincia di Roma. Scrivere dott. Gustavo Culla - Torre Cajetani (Roma).

Medico-chirurgo ostetrico con servizio ospitaliero, praticissimo del servizio di condotta, fornito di titoli speciali in igiene e pediatria accetta interinato o supplenza. Scrivere: Paolo Agostini, S. Eligio, 2 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

A Francoforte, per la nuova cattedra di Basi fisiche delle scienze mediche, è stato nominato il prof. F. Dessauer.

Il libero docente dott. Hans Krisch è stato nominato direttore della Clinica psichiatrica e neuropatologica di Greifswald, come successore del prof. W. Vorkastner.

Il direttore dell'Istituto Anatomico di Heidelberg, prof. Erich Kallius, è stato prescelto come membro ordinario dell'Accademia delle Scienze di Heidelberg.

A Colonia il dott. Walter Drügg, per l'abilitazione alla libera docenza in Chirurgia, ha tenuto una lezione sugli scopi ed i limiti della moderna röntgenterapia.

A Lipsia, i professori straordinarî Koelliker (chirurgia ortopedica) e Kochel (medicina legale e sociale) sono stati promossi ordinarî.

Il prof. Carlo Vallardi, in base a pubblico concorso, è stato nominato medico primario dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.

L'on. gr. uff. dott. A. Pezzullo, deputato al Parlamento e presidente del Consiglio provinciale di Napoli, è stato insignito della medaglia d'argento dei benemeriti della salute pubblica.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. G. Cicconardi, Napoli; prof. F. Piccinino, Napoli.

Grandi ufficiali: on. prof. F. P. Sgobbo, Napoli; prof. A. Curcio, Napoli; prof. A. Pastena, Napoli.

Il dott. Piero de Favento venne nominato cavaliere della Corona d'Italia su proposta del Duca d'Aosta per benemerenze nell'ambito professionale.

BIOGRAFIE.

Ramon y Cajal.

Nello scorso maggio, il ministro della pubblica istruzione in Spagna, collocava a riposo, per aver raggiunto il limite d'età di 70 anni, l'illustre scienziato di cui il nome è noto a tutti gli studiosi. Il provvedimento, che priva l'Università madrilena degli insegnamenti del grande Maestro, ha destato vivo rammarico, sicchè il popolo, gli accademici e la stampa scientifica (1) gli hanno rivolto solenni onoranze.

Santiago Ramon y Cajal, venne indirizzato agli studi di medicina, dal padre, medico egli stesso, che seppe vincere la riluttanza del figlio, che si dimostrava indifferente di ogni disciplina. Laureatosi nel 1873 a Saragozza, concorse subito come medico militare, riuscendo sesto su 100 concorrenti, e venne mandato a Cuba, dove venne colto da gravi febbri malariche. Al ritorno, non potè seguire l'esercizio professionale, in causa della malferma salute (andò soggetto anche a gravi emottisi) e si diede agli studi anatomici e fisiologici, guadagnando poi, per concorso, nel 1879, il posto di direttore dei Musei anatomici di Saragozza, che lasciò nel 1883 per la cattedra di Anatomia di Valenza.

Si occupò in seguito di batteriologia, studiando specialmente il colera: era allora recente la scoperta di Koch del bacillo virgola, che il Cajal confermò per il primo in Spagna, rivolgendo la sua attenzione anche alle vaccinazioni anticoleriche. Conosciuto nel 1887 il metodo scoperto da Golgi nel 1880 per la colorazione del sistema nervoso centrale, egli lo andò modificando; trovò il nuovo metodo della doppia colorazione argentica, e nel 1888, quando teneva la cattedra di istologia di Barcellona, venne alle scoperte che resero celebre il suo nome, formulando le leggi sulla dottrina del neurone. Queste sono essenzialmente fondate sull'osservazione che le ramificazioni del cilindrasse sono libere anzichè terminare con la rete nervosa ammessa da Golgi e Gerlach. Il Cajal concepì la teoria della polarizzazione dinamica, e sviluppò le teorie fisiologiche e psichiche

(1) Alcuni giornali medici gli hanno dedicato numeri monografici; fra di essi la *Revista española de medicina y cirugia*, da cui togliamo in gran parte queste notizie.

a cui lo conduceva la dottrina del neurone, in diverse publicazioni, fra cui notevole quella sulle leggi della morfologia e dinamismo delle cellule nervose: secondo questo, la superiorità intellettuale consiste essenzialmente dalla quantità delle appendici di connessione; allo sviluppo di nuove vie, al rafforzamento di quelle esistenti, è legato il perfezionamento funzionale. Le sue scoperte portano poi alla conclusione che nel sistema nervoso si realizza il massimo effetto col minimo sforzo, nello spazio più ristretto.

La teoria venne accolta con grande favore, specialmente fra i clinici, che mediante essa poterono speigare molti fenomeni patologici: fra i principali sostenitori di essa sono da annoverarsi Lugaro, Van Gehuchten, Retzius, che aggiunsero nuove osservazioni in favore dell'indipendenza del neurone: il vecchio Kölliker ne fu tanto entusiasta, che a 70 anni intraprese lo studio dello spagnuolo per leggere i lavori di Cajal nella lingua originale. Essa fu però anche aspramente combattuta, particolarmente da Nissl, Durante, Apathy, Bethe ed altri, con osservazioni, oltre che fisiologiche anche anatomiche, basandosi specialmente sulla propagazione della rigenerazione da un neurone all'altro. Certamente oggi, anche accettando l'asserzione di Marinesco che il neurone anatomico è una realtà tuttora vivente, la teoria non può più accettarsi in tutta la sua integrità.

Da ultimo il Cajal venne formulando la teoria dei *neurobioni*, unità viventi, di cui consterebbero ogni istomera o neurofibrilla del reticolo somatico o dendritico. Tali unità piccolissime, capaci di mutare luogo e di riprodursi per scissione, squisitamente impressionabili dai diversi agenti, sarebbero provviste di una certa polarità, per cui possono attrarsi reciprocamente, ordinandosi in aggruppamenti di varie dimensioni e morfologia. I neurobioni non vanno intesi come le granulazioni visibili di Altmann, ma come particelle ultramicroscopiche analoghe ai protomeri di Heidenhain, ai biogeni di Hertwig, alle micelle di Nägeli.

Importanti studî fece sulla degenerazione e rigenerazione del sistema nervoso, riuniti poi in due grossi volumi. Portò inoltre numerosi contributi alla batteriologia (colera, lebbra), all'anatomia patologica (tumori, infiammazioni), all'istologia.

Vera tempra di artista, disegnò sempre da sè i suoi preparati, in tavole che destano l'ammirazione.

Le sue numerose pubblicazioni attestano la grande attività di Cajal: oltre alle monografie, scrisse molti libri, fra cui un manuale di anatomia patologica ed uno di istologia generale, giunto alla 7ª edizione, l'Istologia del sistema nervoso dell'uomo e dei vertebrati, in tre volumi di 1800 pagine, altri tradotti anche in francese ed in tedesco, oltre a studî sulla fotografia dei colori, a ricordi autobiografici, ecc.

Fra le onorificenze ricevute citiamo la medaglia d'oro dell'Accademia delle scienze di Berlino, il premio Nobel (a metà con Golgi, che il Cajal riconosce creatore del metodo con cui egli arrivò alle sue scoperte). In riconoscimento dei suoi meriti, la Spagna lo nominò senatore e fondò in suo onore un Istituto di investigazioni scientifiche. Spirito elevato, non trascurò alcun ramo della coltura non solo scientifica, ma anche letteraria: carattere integro, dotato di ferrea volontà e di ammirevole tenacia, rimase sordo ad ogni ambizione e rifiutò la carica di ministro dell'istruzione per non essere distolto da' suoi studî; preoccupazione costante della sua vita, fu la formazione scientifica della gioventù, ed è quindi tanto più grande il rammarico della Spagna, al vedere allontanato dall'insegnamento un tanto Maestro.

Tale è l'uomo che oggi la Spagna ed il mondo onorano, a cui l'Università di Saragozza, dove egli fu studente, eresse un busto, con cerimonie degne di un trionfatore.

Il Comitato nazionale spagnuolo per le onoranze, sotto la presidenza di C. M. Cortezo e di G. Pittaluga ha proposto la pubblicazione di una edizione speciale delle opere, la costruzione di un monumento e l'aumento del sussidio governativo dell'Istituto che si intitola al nome del Maestro.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale delle Dottoresse in medicina e chirurgia.

A Ginevra, dal 4 al 7 settembre, avrà luogo un Congresso internazionale delle dottoresse in medicina, indetto dall'Associazione Internazionale delle dottoresse in medicina.

Tre questioni di grande importanza e attualità verranno principalmente trattate nel Congresso: la lotta contro le malattie veneree, la tratta delle donne e dei fanciulli, il traffico degli stupefacenti. Inoltre sarà dato largo sviluppo allo studio dell'attività medico-femminile nei vari rami della medicina.

Al Congresso parteciperanno dottoresse di ogni nazione dell'Europa, dell'America e dell'Asia.

L'Associazione Nazionale Italiana delle dottoresse in medicina fa invito a tutte le colleghe italiane di partecipare al Congresso, affinchè l'Italia sia largamente rappresentata.

Per ogni schiarimento e adesione rivolgersi alla dott.ª Clelia Lollini (Roma XVI, via Monserrato 34), delegata italiana dell'Associazione Internazionale.

Istituto Argentino per lo studio del cancro.

È sorto per iniziativa dell'Accademia medica argentina, col concorso dello Stato e di generosi privati.

Comprende un laboratorio per ricerche sperimentali, un ambulatorio per la diagnosi precoce, e un ospedale destinato non soltanto alla terapia chirurgica, fisica e medica, ma anche al ricovero d'infermi inoperabili, che negli ospedali comuni sono spesso oggetto di ripulsione ingiusta e dolorosa. Il primo padiglione ospedaliero, capace di 100 letti, è stato costruito su piani dell'architetto italiano Gino Aloisi ed è costato 438,356 pesos. L'inaugurazione ufficiale dell'Istituto ebbe luogo il 20 aprile u. s.

Corso teorico-pratico d'igiene per maestre e licenziande normali.

Si terrà a Roma dal 1° settembre al 10 ottobre, presso la Scuola di assistenza all'infanzia di S. Gregorio; consterà di 12 conferenze e di esercitazioni pratiche, con particolare riguardo all'assistenza dell'infanzia.

Il numero dei posti è di 40; vi sono ammesse le maestre rurali, le allieve dell'ultimo corso normale e le licenziande.

La scuola anzidetta funziona dal 1911, appoggiata dai Ministeri dell'Interno, del Lavoro della Pubblica istruzione ed è diretta dal prof. Angelo Signorelli.

Corso di perfezionamento in Dermosifilopatica.

Si terrà presso la R. Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Napoli, con l'approvazione del Ministero della P. I., allo scopo di istruire i medici laureati nell'esercizio pratico di detta materia.

Si inizierà il 30 ottobre 1922 ed avrà la durata di mesi due. Saranno impartite lezioni cliniche, ed eseguite esercitazioni cliniche di ambulatorio, di laboratorio e di terapia attenenti alla specialità.

Il numero degli iscritti è limitato. Alla fine del corso e dopo aver superata la prova di esame sarà rilasciato un diploma, debitamente legalizzato dal Rettore della R. Università.

La tassa d'iscrizione, comprese le spese, è stabilita in lire 300.

Le domande, in carta bollata da L. 1.20, vanno indirizzate al prof. Rodolfo Stanziale, Direttore della R. Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Napoli, accompagnate dalla ricevuta di versamento della tassa d'iscrizione, fatta all'Economato della Università e dal certificato di laurea.

La Conferenza Internazionale di Bruxelles contro la tubercolosi.

Abbiamo accennato nel n. 31 alla rappresentanza italiana in questa terza riunione internazionale che ha portato alla discussione importanti temi pratici.

Sulla profilassi della infanzia nell'età scolastica hanno riferito molti oratori, oltre i relatori Derbé, Léon Bernard e Ferrus Hevat. Dopo la lettura delle relazioni, si sono fatte molte comunicazioni parziali, e fu notata in modo particolare quella che il senatore Foà ha fatto delle opere italiane per l'infanzia, come quelle più recenti di Olgiate Olona e di Affori presso Milano, l'Istituto Maraini della Croce Rossa, la Colonia di Fara Sabina, la Colonia profilattica ed elioterapica di Torino e sopratutto l'Istituto Tropeano a Marechiaro presso Posillipo. Quest'ultimo, detto « il villaggio dei redenti », in cui si raccolgono varie centinaia di fanciulli della strada, che sarebbero destinati a divenire dei tubercolosi e dei piccoli delinquenti e che sono allevati ed istruiti in varî mestieri, ha sollevato un grande interesse e ha posto sotto nuova luce l'azione profilattica per l'infanzia contro i danni della vita dei grandi centri.

Fu questa una buona giornata per l'Italia, per la quale la Direzione di Sanità e la Croce Rossa hanno presentato relazioni.

L'altro tema sulle infermiere visitatrici, intorno al quale hanno riferito in primo luogo la signorina Olmsted e il dott. René Sand, ha esso pure molto interessato. Le infermiere visitatrici sono divenute particolarmente per la tubercolosi indispensabili ed ogni anno aumentano i Paesi che le istituiscono e che le adoperano nelle opere dell'igiene, dell'assistenza, della scuola e delle officine. Il problema dell'assistenza dei malati a domicilio urge nei nostri centri, e la soluzione consiste nella creazione di un servizio pubblico d'infermiere visitatrici bene preparate e sperimentate, le quali assistendo propagano igiene e scoprono gli ammalati al loro inizio, quando è meno incerto il risultato della cura. Esse costituiscono una ruota essenziale nella lotta antitubercolare.

L'ultimo tema discusso fu quello del lavoro nei sanatori. Contrariamente al concetto ormai abbandonato del riposo assoluto, oggi taluno ammette utile, come cura fisica e morale del malato, l'impiego moderato e graduale del lavoro nei sanatori, il quale, oltre impedire i danni dell'ozio assoluto, prepara a poco a poco alla ripresa del lavoro nella vita sociale.

Il Congresso si chiuse con escursioni fatte a gruppi, allo scopo di visitare dispensari e sanatori, di cui è venuto arricchendosi il Belgio, che presenta già una statistica demografica favorevole tanto da avere raggiunto in fatto di natalità e di mortalità infantile lo stato in cui era prima della guerra.

Congresso di medicina interna e di chirurgia.

Dal 21 al 24 ottobre si riuniranno a Firenze contemporaneamente le due Società di medicina interna e di chirurgia per discutere temi importanti. Presidenti dei due Comitati i professori Schupfer e Burci.

Le sezioni scientifiche ospedaliere.

Negli Ospedali Civili di Brescia, per iniziativa del prof. A. Campani, direttore, si sono tenute dal novembre 1921 al giugno 1922 conversazioni mediche ospedaliere, nelle quali vennero presentate circa cinquanta comunicazioni originali.

Nella seduta di chiusura, il Campani, richiamando i verbali delle sedute scientifiche, che nello stesso ospedale si tenevano sessant'anni or sono, dimostrò la necessità che agli ospedali si dia un indirizzo scientifico, il quale non solo è utile per il personale ospitaliero stesso, ma riverbera anche al di fuori la sua luce. L'Ospedale per i suoi mezzi, per la sua natura deve essere il centro naturale di richiamo dei medici, e le sedute affollate dell'Ospedale di Brescia dimostrano quanto interesse vi abbia preso la classe medica.

Corso di perfezionamento all'Istituto R. Koch di Berlino.

Si terrà dal 10 ottobre fino a Natale e comprenderà tutto il campo della microbiologia ed i più importanti capitoli dell'igiene, con lezioni ed

esercitazioni giornaliere dalle 10 alle 15; si faranno inoltre escursioni per visitare impianti.

L'insegnamento è affidato a Gins. J. Koch, J. Morgenroth, R. Otto, O. Schiemann Cl. Schilling, A. Schnabel, E. Zettnow.

Tempo utile per le iscrizioni 1º settembre, presso l'Amministrazione dell'Istituto per la malattie infettive R. Koch, Föhrerstrasse 2, Berlin-39.

Per la riforma degli studi di odontoiatria.

Sotto gli auspici della *Corda Fratres* e col concorso del prof. A. Chiavaro, ordinario di Odontoiatria e protesi dentaria alla R. Università di Roma, dott. E. Bellinzona, presid. della F. S. I., prof. A. Arlotta, direttore dell'Istituto Stomatologico Italiano, prof. D'Alise, R. Ufficiale di Odontoiatria alla R. Università di Napoli, dott. Sosso E. di Torino, prof. Rovida C. di Milano, dottor Picolli S., rappresentante dei Sindacati medici e sotto la presidenza del prof. Coulliaux, nella loro veste ufficiale, si è convenuto quanto appresso in merito al disegno di legge Corbino 1238 (21 dicembre 1921) per la riforma degli studi di Odontoiatria:

1º Alle Scuole di Odontoiatria e protesi dentaria possono accedere soltanto i laureati in medicina e chirurgia presso le Università del Regno e gli stranieri laureati ed abilitati all'esercizio della medicina e chirurgia nel loro Paese.

2º Agli allievi che avranno frequentato con zelo e profitto le scuole, superandone i relativi esami, verrà rilasciato un diploma di perfezionamento secondo le norme vigenti universitarie in attesa che la prossima riforma generale degli studi medici stabilisca il titolo speciale che dovrà essere conferito per tutte le specialità medico-chirurgiche;

a) riconoscendosi assolutamente insufficiente l'attuale coltura odontoiatrica del medico generico ed in osservanza del disposto della legge 31 marzo 1912 si fanno voti perchè nel prossimo regolamento generale universitario l'insegnamento dell'odontoiatria sia reso obbligatorio per il conseguimento delle lauree in medicina e chirurgia:

b) si fanno voti che per l'esercizio della odontoiatria come di ogni altra specialità, le autorità competenti emanino disposizioni tassative che impongano il conseguimento del diploma di specialità.

3º Le scuole di Odontoiatria e protesi dentaria avranno un corso speciale per gli odontotecnici.

4º Per tutte le norme che disciplineranno le scuole e per la durata dei corsi provvederà apposito regolamento per il quale si fanno voti che sia udita apposita commissione di competenti.

5º I convenuti fermamente s'impegnano a sostenere con tutte le loro forze presso la proprie associazioni, presso gli ambienti medici ed in quelli universitari, studenteschi, parlamentari e di governo tali punti di vista onde al più presto il progetto Corbino emendato secondo quanto sopra si è esposto, divenga realtà concreta ed attuata, servendo di sicuro e buon binario per la futura riforma generale universitaria medica con cui dovrà essere sancita l'obbligatorietà di frequenza di scuole post-universitarie per tutti quelli che aspirano a chiamarsi specialisti.

I direttori dei giornali «La Stomatologia» e «Annali di Odontologia» si obbligano a pubblicare sul prossimo numero il presente accordo.

Letto, approvato e confermato se ne rilascia una copia al prof. Chiavaro e una al dott. Bellinzona. Si approvano le correzioni all'art. 5.

Firmato: Bellinzona, Coulliaux, Chiavaro, Sosso, Rovida, Arlotta, D'Alise, Picolli.

Lotta contre il tifo e la dissenteria in Germania.

È stata ripresa attivamente istituendo centri batteriologi a Jena, Gotha, Gera, Halle, Herfurth. Dalle prime statistiche pubblicate risulta che i casi di tifo sono in aumento notevole in confronto dell'anteguerra.

Una simpatica festa all'Ospedale Civile di Parma ha avuto luogo in questi giorni fra la più cordiale intimità in una saletta della Direzione. Il Primario prof. Dante Giacobbi doveva per regolamento lasciare la prima Divisione Medica, perchè aveva compiuto il Suo venticinquesimo anno di servizio: i Colleghi Suoi, ben conoscendo per lunga consuetudine come Egli avesse dedicato con amore e sacrificio superiore ad ogni elogio la Sua instancabile e preziosa attività ininterrottamente per tanti anni, ultimate le visite nei reparti si erano riuniti nella saletta della Direzione, e con affettuosa semplicità, senza grandi discorsi, in silenzio, ma con tutto il cuore hanno offerto al dott. Giacobbi una medaglia d'oro perchè dicesse e ricordasse perennemente al Collega qual'era l'alta stima e l'affetto grande che tutti i Sanitari sentivano per Lui. L'offerta inattesa, la semplice e fraterna cerimonia hanno commosso l'Egregio prof. Giacobbi che ha ringraziato mostrandosi molto grato ai Suoi vecchi e giovani Colleghi.

Erano presenti: i dottori Balestra, Betti, Braga, Camisa, Caprara, Folli, Gallenga, Garbarini, Ghelfi, Marchelli, Pelagatti, Provinciali e Rossi.

Sappiamo che l'on. Amministrazione degli Ospizi Civili ha eletto, con voto unanime il prof. Giacobbi *Primario emerito*.

Il 28 luglio si è spento in Roma il dott. PIETRO CESETTI.

Venne acquistandosi una coltura ricca e profonda, lavorando con entusiasmo pur tra le distrette del male che lo minacciava da anni. Il fervore per la ricerca clinica si disposava ad una modestia non dissimulata, ma derivata dall'ingenita bontà dell'animo. D'ingegno acuto e spesso geniale, d'animo mite, raccoglieva la simpatia e la stima dei colleghi e dei maestri. La morte ha liberata la sua bell'anima dalle torture.

Rimpiangiamo un amico ed una speranza della medicina clinica. A. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

La Coltura Med. Moderna, 10-25 feb. — F. DI RENZO. Sul reperto parassitario della malaria recidiva. — G. PARLAVECCHIO. Cura delle cisti di echinococco.

Rev. de Hyg. y Tuberc., 30 apr. — J. FERRAN. La proteinoterapia para-specifica.

British Med. Journ., 20 mag. — A. H. BURGESS. Ematuria asintomatica. — W. R. GROVE e H. W. C. VINES. Deficienze calcari e terapia paratiroide. — D. e R. THOMSON. Vaccini detossicati.

Arch. d. Mal. App. Digestif, ecc., n. 3. — R. BENSAUDE, R. GRÉGOIRE e G. GUÉNEAUX. Diagnosi e trattamento dei diverticoli esofagei.

Practitioner, giugno. — C. GORDON-WATSON. Embolismo polmonare post-operatorio. — A. F. HURST. Urticaria da sensibilizzazione streptococcica. — P. J. CAMMIDGE. Etiologia e trattamento del diabete. — A. S. HORLEY. Trattamento delle emorroidi interne con iniezioni. — E. MARLIN. Il massaggio sulle fibrositi.

L'Osped. Magg., 30 aprile. — L. MORI. Sifilomi iniziali delle tonsille. — G. L. COLOMBO. Citologia degli essudati congiuntivali e sua importanza diagnostica.

Riv. Ospedal., 31 marzo. — R. CASSANELLO. Contusioni e fratture del rene.

Journ. Nerv. a. Ment. Disease, aprile. — K. H. BOUMAN e B. BROWER. Delirio acuto e trombosi primaria del seno. — M. KERSCHNER. Pachimeningite cervicale luetica.

Folia Medica, 15 maggio. — A. SBROCCHI. Aortite cronica. — A. GOGLIA. La sindrome mediastinica della stenosi mitralica pura. — 30 maggio. — P. FRANCO. Diagnosi clinica della cortico-pleurite tubercolare.

Il Fascicolo 7 (1° luglio 1922) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene i seguenti lavori:

P. ALBERTONI: **Lo zucchero del sangue e la funzione protettiva del fegato.**

S. SILVESTRI: **Studi sulla glicemia.**

L. DERTIS: **La glicemia nelle malattie infettive.**

C. MAUGERI: **Sullo zucchero nel liquido cefalo-rachidiano.**

Un grosso fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Il Fascicolo 7 (15 luglio 1922) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** contiene i seguenti lavori:

A. BERTOCCHI: **Contributo allo studio dei tumori multipli maligni « diversi generis ».**

S. DIEZ: **La sifilide terziaria post-tramautica nell'infortunistica.**

T. LAURENTI: **Contributo clinico al comportamento dell' urea nei tumori, maligni e benigni, e nelle ulceri gastriche e duodenali.**

G. ROMANO: **Conseguenze tardive dei traumi al cranio, senza fenomeni a distanza in rapporto alla terapia chirurgica.**

Un grosso fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA e MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX — Roma, 14 Agosto 1922 — Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Redattore Capo: Prof. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma
diretto dal prof. V. Ascoli.

Il valore clinico delle reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi in confronto colla reazione di Wassermann nella sierodiagnosi della sifilide

per il dott. Enrico Trenti, assistente.

La reazione di Wassermann, annunciata nel 1906 quale applicazione del fenomeno di Bordet e Gengou alla sierodiagnosi della sifilide, ed interpretata dapprima come una reazione immunitaria nel senso di una vera reazione specifica fra antigene ed anticorpi; venne perdendo ogni carattere di specificità quando in seguito alle esperienze di Levaditi, Marie, di Landsteiner, Porges, Levaditi e Jamanouchi, fu dimostrato che l'antigene indicato da Wassermann e costituito da estratto acquoso di fegato, ricco in spirochete, di feto eredo-luetico, poteva essere sostituito dall'estratto di fegato normale, dall'estratto alcoolico di vari organi, o da convenienti soluzioni di lipoidi puri: lecitina (Porges), taurocolato e glicocolato sodico (Levaditi e Jamanouchi).

Quantunque non si potesse quindi più parlare di reazione specifica, pure i risultati che da ogni parte venivano pubblicati sull'applicazione del metodo di Wassermann, portavano alla constatazione che pure non conoscendosi il meccanismo e le condizioni vere nelle quali si effettuava la reazione, noi possedevamo un mezzo di laboratorio che era di indiscutibile aiuto e valore per la clinica. Di recente la questione della natura specifica della reazione di Wassermann è stata portata di nuovo in campo dallo stesso autore, il quale con una

serie di esperienze ha affermato che il fenomeno fondamentale della reazione è la formazione di un aggregato (aggregato di Wassermann) il quale si forma per la combinazione di una sostanza specifica (sostanza di Wassermann) con l'antigene. L'aggregato di Wassermann è un corpo a molecole più grosse che precipita nell'acqua distillata, facilmente reversibile, che si può frazionare in due sostanze di cui l'una solubile in alcool (lipoide), l'altra chiara come acqua di roccia con un contenuto di albumina oscillante, ma sempre basso. È quest'ultima la sostanza specifica per la reazione di Wassermann, sostanza che ha la proprietà di fissare i lipoidi in presenza di complemento e formare con essi l'aggregato di Wassermann. È quindi un ambocettore nel senso dato da Erlich, onde la reazione può così rientrare nelle reazioni immunitarie, essendo a base di essa la presenza di un ambocettore comparso nel siero in seguito alla produzione anormale di lipoidi dovuti all'alterato ricambio delle cellule dell'organismo per effetto della infezione luetica.

Se tale è l'opinione di Wassermann tendente oggi a riportare la reazione entro i limiti dei fenomeni strettamente immunitari, la maggioranza degli autori ritiene che la deviazione del complemento sia dovuta ad un diverso ordine di fenomeni.

Già da Michaelis nel 1907 era stato osservato che nella mescolanza di siero luetico con estratto di fegato luetico in determinata proporzione, si formava un precipitato visibile ad occhio nudo.

Tale fatto venne confermato da Porges e Meier; e da Elias, Neubauer, Porges e Salomon osservato anche nelle mescolanze di estratto di organo e siero normale, quantunque in grado minore che con sieri sifilitici. Si pensò allora che il siero degli individui sifilitici presentasse una maggiore instabilità e quindi più facilmente precipitasse quando veniva a contatto con sospensioni colloidali. Infatti tale flocculazione constatata da Jakobthal con l'ultramicroscopio nel siero luetico più estratto d'organo, venne osservata da Vernes aggiungendo al siero luetico svariate sospensioni organiche e inorganiche.

Successivamente le esperienze di Landsteiner, Porges, Sachs, Sachs e Ritz, Nathan, Azzi, ecc., dimostrarono che nelle reazioni strettamente immunitarie la fissazione del complemento è dovuta ad un perturbamento dell'equilibrio fisico-chimico del sistema immunitario e particolarmente ad una modificazione delle globuline. Secondo Sachs nella reazione di Wassermann si avrebbero, analogamente a quanto si è dimostrato nei fenomeni strettamente immunitari, due fasi: *una prima* caratterizzata innanzi tutto da una diminuzione del grado di dispersione delle globuline del siero per azione di lipoidi contenuti nell'antigene, e quindi dalla flocculazione delle globuline; *una seconda* caratterizzata dalla fissazione del complemento dovuta alla modificazione delle globuline del siero.

Fenomeno fondamentale quindi della reazione sarebbe la diminuzione del grado di dispersione delle globuline e la loro successiva flocculazione per l'azione dei lipoidi contenuti negli estratti d'organo. Con il metodo di Wassermann tale flocculazione diviene indirettamente percepibile per la fissazione del complemento e la mancanza quindi dell'emolisi; col metodo di Jacobstal è visibile all'ultramicroscopio, con varî altri metodi suggeriti da numerosi autori il fenomeno può essere apprezzato macroscopicamente.

Questi ultimi metodi che già rappresentano un alto interesse teorico giacchè essi tendono a dimostrarci quale possa essere l'intimo meccanismo della reazione fra i sieri luetici e gli estratti lipoidei, acquistano un particolare valore pratico per la possibilità di costituire un mezzo di facile e semplice esecuzione e di più larga applicazione nella sierodiagnosi della sifilide.

I metodi di precipitazione, riconoscibile già macroscopicamente, si possono distinguere in due gruppi: 1° quelli basati sulla azione dell'acqua (Klausner) o di particolari sostanze chimiche: lecitina (Porges), glicolato e colesterina (Hermann e Perutz), soluzioni acide di solfato di lantanio o di torio (Mc. Donagh), acido nitrico (Bruck), alcool (Bruck), acido lattico (Bruck); 2° quelli basati sull'azione di estratti alcoolici d'organo soli (Meinicke) o coll'aggiunta di colesterina (Sachs-Georgi).

Di tutte le reazioni di precipitazione indicate, soltanto quelle di Meinicke e di Sachs-Georgi hanno dato, nelle mani di numerosi sperimentatori, risultati spiccatamente concordanti con la reazione di Wassermann. Però, mentre molteplici sono apparse le pubblicazioni riguardanti il comportamento della reazione di Sachs-Georgi nel confronto con la reazione di Wassermann, non altrettanto può dirsi per la reazione di Meinicke, quantunque nelle ricerche di controllo pubblicate, essa risulti di sensibilità e specificità uguale alla reazione di Sachs-Georgi.

La reazione di Meinicke. — La reazione di Meinicke è fondata su due osservazioni, la

prima dovuta a Michaelis nel 1907, della formazione di un precipitato visibile macroscopicamente quando si ponga a contatto un siero luetico con un estratto d'organo, la seconda dovuta a Meinicke della formazione di un precipitato quando un siero qualunque, luetico o non, sia mescolato ad un estratto alcoolico d'organo, diluito in acqua distillata, e della successiva scomparsa del precipitato per aggiunta di soluzione di cloruro sodico, quando si tratti di sieri normali; della persistenza invece del precipitato quando il siero appartenga ad individuo sifilitico. Secondo Meinicke questo diverso comportamento dei sieri normali e dei sieri luetici è dovuto alla formazione di un legame esclusivamente fisico tra lipoidi dell'estratto d'organo e globuline del siero facilmente sciolto dalla soluzione di cloruro di sodio nel caso dei sieri normali; ad una vera e propria combinazione chimica fra i lipoidi dell'estratto e sostanze specifiche del siero luetico nell'altro caso. Marie ritiene che la reazione sia tanto in un caso che nell'altro di ordine puramente colloidale, e che la persistenza della flocculazione quando si tratti di sieri luetici sia in rapporto alla maggiore instabilità delle globuline di tali sieri.

Seguendo le suddette osservazioni Meinicke ha proposto quindi un metodo di sierodiagnosi della sifilide, e attraverso a varie modificazioni del primo metodo presentante innanzi tutto alcune diffioltà di tecnica, è giunto ad un terzo metodo che va sotto l'indicazione di terza modificazione (D. M.) e che si presenta di semplice e facile esecuzione.

L'estratto d'organo è costituito da un estratto alcoolico di cuore di cavallo, dal quale sono state allontanate tutte le sostanze solubili in etere. L'estratto alcoolico dopo filtrazione è lasciato per vari giorni in riposo, indi viene titolato, aggiungendo a quantità varie di esso, quantità varie di alcool, e successivamente in due tempi ad ogni diluizione alcoolica, quantità fissa di acqua distillata. Si determina così la diluizione alcoolica più utile, rappresentata da quella del tubo nel quale si produce un intorbimento che scompare quasi completamente con la seconda aggiunta di acqua distillata. Per la reazione si usa la diluizione alcoolica così fissata. Ad una parte di essa si aggiunge mezzo volume di acqua distillata e dopo un'ora 7 volumi di soluzione di cloruro sodico al 2%. Tale miscela costituisce l'antigene; a 0,2 di siero inattivato si aggiunge 0,8 di antigene. Dopo 24 ore di termostato a 37° si fa la lettura. Le reazioni positive sono caratterizzate dalla presenza di una netta flocculazione, le negative dalla persistenza di una lieve opalescenza della miscela siero più antigene.

Tale metodo è applicabile anche al liquido cefalo-rachidiano. I risultati ottenuti dai varî autori che hanno usato la reazione di Meinicke (D. M.) in confronto con la Wassermann, mostrano una concordanza delle due reazioni dell'83 % (Huebschmann), del 95 % (Kischner e Segall), del 94.2 % (Epstein e Paul), del 94 % (Pott e Schmidt), dell'83.3 % (Heinemenn), del 90 % (Luridiana), del 97.38 % (Vercellana).

Quasi tutti gli autori sono concordi nell'ammettere che il terzo metodo di Meinicke dà risultati se non superiori, come alcuni avrebbero riscontrato, per lo meno uguali a quelli ottenuti con il II metodo; inoltre esso è di più facile esecuzione, il che non è senza importanza nella pratica. La reazione di Meinicke sarebbe un po' meno sensibile della reazione di Wassermann, ma ne dimostrerebbe specificità presso che uguale.

La reazione di Sachs-Georgi. — Analoga alla reazione di Meinicke è quella proposta da Sachs-Georgi nel 1918. Anche essa è fondata sulla flocculazione di sieri luetici con aggiunta di estratto alcoolico di cuore di bue; se non che la flocculazione è resa più manifesta dall'aggiunta della colesterina, che come già nel 1910 aveva messo in evidenza Browing e successivamente confermato Sachs e Desmoulière, ha la proprietà per un meccanismo non ancora chiarito, di rendere più attivi gli estratti d'organo nella reazione di Wassermann.

In base all'ipotesi di Sachs che le reazioni che avvengono fra sieri luetici ed estratti d'organo siano caratterizzate da una precipitazione delle globuline del siero per opera dei lipoidi contenuti nell'estratto, precipitazione che avrebbe nella reazione di Wassermann come conseguenza l'inattivazione del complemento e quindi l'assenza di emolisi; la reazione proposta da Sachs-Georgi sarebbe nel suo meccanismo perfettamente analoga a quella di Wassermann, perchè quella precipitazione che nella reazione di Wassermann si rende manifesta indirettamente per la mancanza della emolisi, in essa è resa macroscopicamente apprezzabile in seguito a dettagli particolari di tecnica, ed all'aggiunta di colesterina all'estratto alcoolico d'organo. La tecnica della reazione di Sachs-Georgi è assai semplice, ma richiede particolare cura ed esattezza nella preparazione dell'estratto alcoolico e nella titolazione di esso. Quantunque possa essere usato tanto il cuore umano che di cavia, è preferibile usare cuore di bue, che sgrassato e

triturato deve essere mescolato con alcool nella proporzione di una parte in peso di cuore e 5 cc. di alcool. Dopo permanenza di 24 ore in agitatore, si filtra l'estratto, quindi si concentra ad un quarto od a un quinto del volume a bagnomaria. Ottenuto in tal modo l'estratto greggio, questo deve essere anzitutto titolato, cioè deve venire stabilita la quantità più opportuna di alcool e di soluzione alcoolica all'1 % di colesterina da aggiungere ad esso perchè la successiva diluizione con soluzione fisiologica dia flocculazione evidente con i sieri positivi, nessuna flocculazione con i negativi. Sachs e Georgi nelle loro numerose ricerche hanno stabilito che le proporzioni più opportune sono le seguenti:

Estratto alcoolico greggio	cc. 100
Alcool	cc. 200
Colesterina all'1 %	cc. 13,5

Però se queste rappresentano le cifre medie secondo le quali si ottengono nel maggior numero dei casi ottimi antigeni, è necessario per ogni estratto ottenuto fissare le quantità più opportune e di alcool e di soluzione di colesterina, poichè, come hanno già dimostrato Sachs e Rondoni, l'attività di un estratto alcoolico è più in rapporto con la concentrazione relativa dei singoli lipoidi che con quella assoluta.

L'estratto alcoolico colesterinato così ottenuto deve essere volta per volta diluito con soluzione fisiologica al 0,85 % in proporzioni variabili, in linea generale però nelle proporzioni di 1 a 6. Tale diluizione deve essere fatta in due tempi, onde ottenere il massimo di attività dell'antigene, come hanno consigliato Sachs e Rondoni, Sachs e Georgi, e cioè prima aggiungendo ad un volume di estratto eguale volume di soluzione di cloruro di sodio al 0.85 per cento tenendo il tubo nel quale si fa la miscela in posizione orizzontale ed agitando leggermente, poi aggiungendo rapidamente le altre parti di soluzione fisiologica fino ad avere la diluizione stabilita.

I sieri inattivati per mezz'ora a 56 devono essere limpidi ed esenti da emoglobina quantunque piccole tracce di essa non disturbino la reazione.

Nella esecuzione della prova a 1 cent. cubo di siero diluito al 1 : 10 si aggiunge 0.5 di antigene; i controlli sono rappresentati: 1) dal controllo del siero con aggiunta ad 1 centimetro cubico di siero diluito all'1,10, di 0,5 di alcool diluito a 1 a 6 con soluzione fisiologica al 0.85 %; 2) da un siero controllo positivo; 3) da un siero controllo negativo; 4) dal controllo dell'antigene con l'aggiunta di 1 cc. di soluzione fisiologica al 0.85 % a cc. 0.5 di antigene.

I risultati si leggono o dopo 2 ore di termostato a 37°, e 18-20 ore alla temperatura ambiente, o meglio, come successivamente hanno consigliato Sachs e Georgi, dopo 24 ore di termostato a 37°.

In tal modo si eliminerebbero alcune reazioni aspecifiche. In tal senso sono concordi le osservazioni di Stilling, Neukirch, Hauck, Blumenthal, Wolffenstein. Moreschi osservò che non è necessario l'uso del termostato e che in alcuni casi la reazione è più evidente a temperatura ambiente. Marcora sperimentò tanto col primo metodo quanto col secondo (metodo del termostato) e non ebbe a notare differenze apprezzabili nei risultati ottenuti. Vercellana mantenne i tubi in termostato dalle 18 alle 24 ore prima di leggere i risultati.

L'apprezzamento della flocculazione si può fare anche soltanto ad occhio nudo, ma è meglio servirsi dell'aiuto di una lente o dell'agglutinoscopio.

Sui risultati ottenuti con la reazione di Sachs-Georgi in confronto con la reazione di Wassermann numerosissime sono apparse fino ad ora le pubblicazioni. Baumgärtel compiendo una statistica dei risultati ottenuti dai diversi sperimentatori, raccoglie così 32,000 reazioni; le concordanze con la Wassermann variano da un massimo di 97,7 % (Gaethgens) ad un minimo di 85.20 % (Scröder).

E mentre alcuni autori affermano che la reazione di Sachs-Georgi presenta sensibilità e specificità quasi uguale alla reazione di Wasssemann tanto da potere essere adoperata se non a preferenza, almeno con pari attendibilità di risultati (Pincherle, Moreschi, Marcora, Rossi, Durand, Sestini), altri esprimono il parere che la reazione di Sachs-Georgi non possa sostituire in alcun modo la reazione di Wassermann e per una minore sensibilità (Morini, Izar e Rapisardi) e per una minore specificità (Zuccola).

***

Le esperienze da me compiute eseguendo temporaneamente le reazioni di Wassermann, di Meinicke e di Sachs-Georgi, negli ammalati degenti nella Clinica medica di Roma, rappresentano un modesto contributo di fronte alle numerose ricerche già da molti autori compiute, ed alle statistiche pubblicate sopra un rilevante numero di casi. La possibilità però di avere un controllo esatto della diagnosi clinica e per lo studio accurato e completo dei malati e per il loro soggiorno in clinica pro-

lungantesi il tempo necessario per un esatto giudizio diagnostico e per constatare gli effetti di una appropriata terapia, stimo concedere ai risultati statistici ottenuti un certo valore probativo.

Nella esecuzione delle prove mi sono tenuto alla seguente tecnica.

1. Per la reazione di Wassermann ho usato il metodo originario con 2 antigeni acquosi costituiti dall'estratto di fegato di feto eredoluetico, e ripetutamente titolati e controllati nei riguardi della loro specificità. Alle prove eseguite con i due suddetti antigeni ne ho aggiunta una terza nella quale usavo come antigene la diluizione dell'estratto alcoolico di cuore di bue colesterinato, nella stessa proporzione impiegata per la reazione di Sachs-Georgi. Tutti i dettagli della tecnica sono quelli della W. R. originale.

2. Per la reazione di Meinicke mi sono attenuto a quanto espone Meinicke stesso nella 3ª modificazione del suo metodo, impiegando cioè come antigene un estratto di cuore di cavallo preparato estraendo prima con etere, poi, dopo filtrazione, estraendo con alcool il residuo essicato.

La determinazione della diluizione più opportuna dell'estratto era compiuta secondo le norme che ho più sopra riferite.

Così pure l'allestimento della reazione.

3. Per la reazione di Sachs-Georgi ho seguito sia nella preparazione dell'estratto alcoolico, che nella determinazione della quantità di soluzione di colesterina da aggiungere all'estratto, e della diluizione in soluzione fisiologica al 0,85 % le norme stabilite dagli autori stessi.

SIERI.

DIAGNOSI	W+ S G+ M+	W− S G− M−	W+ S G+ M−	W− S G− M+	W+ S G− M+	W− S G+ M−	W− S G+ M+	W+ S G− M−	TOTALE
Lues	59	30			3	1	1	7	101
Sospetti di lues	1	33			1			5	40
Affezioni apparato circolatorio	2	33						2	37
Affezioni apparato respiratorio		24					1		25
Affezioni apparato digerente		32							32
Affezioni apparato urinario		27		1				1	29
Affezioni sistema nervoso	2	39			1	1			43
Affezioni del fegato e vie biliari	4	31						2	37
Malattie del sangue		11						1	12
Malattie infettive acute	1	37	1					5	44
Tubercolosi		21							21
Malaria	1	26						7	34
Morbo di Basedow		2							2
Diabete		4							4
Linfogranulomatosi		3							3
Tumori	1	12							13
Epatosplenomegalia		10							10
Avvelenamento da fosforo		1						1	2
Varie		76							76
Narcosi		4							4
Normali		31							31
TOTALE	71	487	1	1	5	2	2	31	600

Ho notato che la soluzione di colesterina deve essere fatta con alcool assoluto. Merck, onde evitare che piccole quantità di acqua contenute nell'alcool possano produrre, eseguendo successive diluizioni in soluzione fisiologica, una spontanea flocculazione della colesterina stessa; come mi è accaduto di rilevare eseguendo comparativamente soluzioni di

colesterina con alcool assoluto del commercio di differente provenienza, ed aggiungendo ad una parte di tali soluzioni 5 parti di soluzione fisiologica al 0,85 %.

Sia per le prove con i sieri che per i controlli ho seguito la tecnica già precedentemente esposta.

I risultati sono stati letti dopo 24 ore di permanenza in termostato a 37° e coll'aiuto dell'agglutinoscopio.

Le tre reazioni sono state eseguite contemporaneamente con sieri freschi (il sangue non era stato prelevato da più di 48 ore), limpidi e privi di emoglobina, inattivati per mezz'ora

LIQUIDI CEFALO-RACHIDIANI

Diagnosi	W+ SG+ M+	W— SG— M—	W+ SG— M—	Totale
Tabe	1			1
Paralisi progressiva . .			1	1
Luetici		2	1	3
Non luetici		24		24
TOTALE . . .	1	26	2	29

a 56° anche per la prova di Meinicke avendo potuto constatare in numerose esperienze preliminari che non è necessario per tale reazione inattivare i sieri soltanto 15' come l'autore consiglia.

Ho esaminato in tale modo 600 sieri e 29 liquidi cefalo-rachidiani ed espongo nelle tabelle sottostanti i resultati ottenuti.

Si ebbero così su 600 sieri presi in esame 558 reazioni concordanti delle quali 71 positive e 487 negative, il che corrisponde ad una percentuale del 93 %. Confrontando poi i risultati ottenuti mediante la reazione di Wassermann con quelli avuti con la reazione di Meinicke si vede come la concordanza sia maggiore essendo state le due reazioni identiche in 565 casi cioè nel 94,16 % mentre la reazione di Sachs-Georgi diede risultati identici alla Wassermann in 560 casi (= 93,30 %). Le due reazioni di Meinicke e Sachs-Georgi concordano nel 98,50 %, cioè in 591 casi.

Volendo ora esaminare il comportamento delle due reazioni di flocculazione di fronte alla Wassermann credo opportuno paragonare separatamente la reazione di Wassermann con quella di Meinicke indi con quella di Sachs-Georgi ed insieme le due reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi.

1. *Reazione di Wassermann e di Meinicke.* — Come risulta dalla suesposta tabella queste due reazioni diedero risultati concordi in 565 casi, discorsi in 35 cioè si ebbe una corrispondenza del 94,16 %.

Le discordanze riscontrate si riferiscono in parte ad individui affetti da infezione luetica accertata o sospetta, in parte ad individui che non presentavano nulla nella anamnesi o nell'esame obbiettivo che potesse far pensare ad una infezione luetica in atto o pregressa.

In 7 casi riferentisi ad individui indubbiamente sifilitici ed in 5 clinicamente sospetti si riscontrò la Wassermann positiva e la Meinicke negativa e si trattava di lues nel periodo secondario o terziario. Fra gli ammalati di forme varie si ebbe 20 volte la Wassermann positiva e la Meinicke negativa.

Di questi casi due riguardavano due malati di insufficienza mitralica in periodo di scompenso, 7 appartenevano a malarici in periodo di piressia, nei quali la Wassermann ripetuta più tardi, quando gli accessi febbrili erano scomparsi, fu negativa; 6 appartenevano a malati di forme infettive acute (reumatismo articolare, tifo, sepsi), 2 ad ammalati del fegato (cirrosi atrofica) e delle vie biliari (calcolosi);

NUMERO DELLE ESPERIENZE 600

Reazioni concordanti N° 558		Reazioni discordanti N. 42					
W + SG + M +	W — SG — M —	W + SG —	W — SG +	W + M —	W — M +	SG + M —	SG — M +
71	487	36	4	32	3	3	6

1 ad una avvelenata da fosforo nella quale le due reazioni ripetute quando i fenomeni acuti erano notevolmente migliorati, risultarono entrambe negative; 1 ad un caso di nefrite; 1 di anemia secondaria della quale non era possibile rintracciare la causa.

In 3 casi soltanto si ebbe la reazione di Wassermann negativa e la reazione di Meinicke positiva, in uno si trattava di insufficienza aortica, in individuo sospetto di lues, e la Wassermann era stata negativa con gli antigeni acquosi, positiva con l'antigene alcoolico di cuore di bue colesterinato (secondo Sachs): nell'altro di bronchite cronica in individuo

senza segni anamnestici e clinici di lues; nel terzo di nefrosi.

Riassumendo tali risultati si ha quindi che in soggetti luetici si ebbero 12 reazioni di Wassermann positiva e Meinicke negative ed in soggetti non luetici 20 reazioni di Wassermann positive e Meinicke negative e 3 Wassermann negative e Meinicke positive.

Confrontando i risultati riferiti da vari sperimentatori si vede come la percentuale di concordanza da me riscontrata tra la reazione di Wassermann e quella di Meinicke del 94,16 % si allontani dalle statistiche pubblicate da Huebschmann (83 %), Heinemann (83.3 %) e si avvicini invece a quelle di concordanza

NUMERO DELLE ESPERIENZE 600			
Reazioni concordanti	Reazioni discordanti N. 35		
		W + M −	W − M +
N. 565	Luetici	12	1
	Non luet.	20	2

più elevata di Kirschner e Segall (95 %); Epstein e Paul (94,2 %), Vercellana (97.38 %).

2. *Reazione di Wassermann e Sachs-Georgi.* — Sui 600 sieri esaminati le due reazioni di Wassermann e di Sachs-Georgi risultarono concordi in 560 casi, pari al 93,3 % e discordanti in 40 casi, fra i quali occorre distinguere 18 luetici e 22 non luetici. Con i sieri luetici la Sachs-Georgi reagì 16 volte negativamente di fronte alla Wassermann positiva e 2 volte fu positiva, mentre la Wassermann risultò negativa, ed in tali casi trattavasi di una insufficienza aortica e di una lues a lungo curata.

Con i sieri di individui non luetici, mentre la reazione di Wassermann risultò positiva, la reazione di Sachs-Georgi fu negativa in 20 casi, e trattavasi di due cardiopatie in scompenso, di una nefrite, di una affezione non luetica del sistema nervoso, di una calcolosi biliare, di una cirrosi epatica atrofica, di 5 forme di malattie infettive acute (reumatismo articolare, tifo, sepsi), di un'anemia a tipo secondario, di 7 casi di malaria in periodo febbrile, di un caso di avvelenamento da fosforo. Come già ho notato riferendo i risultati della reazione di Meinicke, in questi 7 casi di malaria ed in quello di avvelenamento da fosforo, la reazione di Wassermann ripetuta a distanza di tempo, risultò negativa.

Coi sieri appartenenti ad individui non luetici, la reazione di Sachs-Georgi fu positiva e la Wassermann negativa due volte, e precisamente in una bronchite cronica ed in un caso di rammollimenti corticali multipli.

Riassumendo si ha:

NUMERO DELLE ESPERIENZE 600			
Reazioni concordanti	Reazioni discordanti N. 40		
		W + SG −	W − SG +
Numero 560	Luetici. .	16	2
	Non luet.	20	2

Il comportamento della reazione di Sachs-Georgi è stato quindi quasi identico a quello della Meinicke: con i sieri di individui non luetici le 2 reazioni si sono comportate ugualmente; con i sieri di individui luetici si è avuto una maggiore, benchè di poco grado, concordanza della Meinicke con la Wassermann.

3. *Reazione di Meinicke e di Sachs-Georgi.* — Raffrontando fra loro i risultati ottenuti con queste due reazioni, ho notato che esse sono state concordi in 591 casi cioè nel 98,5 %. Le divergenze si sono verificate in soli 9 sieri dei quali 5 appartenenti ad individui luetici e 4 a non luetici. Fra i primi 4 volte la Meinicke fu positiva e la Sachs-Georgi negativa e trattavasi in tutti di forme tardive; ed una volta in un caso di sifilide a lungo curata la Meinicke fu negativa e la Sachs-Georgi positiva.

Con i 4 sieri di individui non luetici, la Meinicke fu positiva e la Sachs-Georgi negativa 2 volte; cioè in una nefrosi, in una affezione del sistema nervoso, ed inversamente la Meinicke fu negativa e la Sachs-Georgi positiva pure 2 volte cioè in un reumatismo articolare acuto ed in un caso di rammollimenti corticali multipli. Onde riassumendo:

NUMERO DELLE ESPERIENZE 600			
Reazioni concordanti	Reazioni discordanti N. 9		
		M + SG −	M − SG +
N. 591	Luetici. .	4	1
	Non luet.	2	2

Liquido cefalo-rachidiano. — La 3ª modificazione di Meinicke e la Sachs-Georgi sono applicabili all'esame del liquido cefalo-rachidia-

no: ma soltanto la reazione di Sachs-Georgi è stata largamente usata insieme con la Wassermann.

La 3ª modificazione di Meinicke e la Sachs-Georgi sono applicabili all'esame del liquido cefalo-rachidiano; ma soltanto la reazione di Sachs-Georgi è stata largamente usata insieme con la Wassermann.

Dalle risultanze pubblicate, appare che le due reazioni si sono comportate concordemente nelle proporzioni dall'80 al 90 %.

Come si rileva dalla tabella precedentemente esposta ho esaminato 29 liquidi cefalo-rachidiani, dei quali due appartenevano ad individui affetti da malattia luetica del sistema nervoso (tabe e paralisi progressiva), 27 ad individui che non presentavano sintomi di malattie sifilitiche del sistema nervoso, ma che erano in parte (3) luetici sicuramente, in parte non luetici e con reazione di Wasserman nel sangue negativa (24).

Le tre reazioni concordarono in 27 casi risultando una sol volta positive (tabe) e 26 volte negative. Discordarono in due casi nei quali la Wassermann risultò positiva mentre le altre due reazioni furono negative e trattavasi di un caso di paralisi progressiva, e di un caso di insufficienza aortica con la W. R., S. G. e M. positive nel sangue, ma che non presentava alcun sintomo di affezione del sistema nervoso.

La quantità di liquido usato nelle tre reazioni variò da 0,20 a 0,40.

Troppo limitato è il numero dei liquidi cefalo-rachidiani per potere dai risultati ottenuti trarre qualche conclusione.

* * *

Compendiando i risultati già esposti si può anzitutto affermare che le due reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi hanno comportamento quasi identico sia nei riguardi della loro sensibilità di fronte a sieri sicuramente luetici, sia per quanto si riferisce alla specificità delle reazioni stesse, nei casi di affezioni varie non di natura luetica. Se nella reazione di Meinicke la preparazione e titolazione dell'antigene, implicano un numero maggiore di esperienze preliminari e una più delicata tecnica, di quanto non si debba osservare nella preparazione dell'antigene colesterinato della Sachs-Georgi, però nella esecuzione delle prove essa si presenta più rapida e semplice della Sachs-Georgi, onde credo possano nei riguardi della loro semplicità e praticità essere indifferentemente impiegate.

Circa il valore della reazione di Meinicke e quello della Sachs-Georgi in confronto della reazione di Wassermann, è bene osservare che se da una parte in un certo numero di casi, veramente limitato, le due reazioni di flocculazione discordarono con la Wassermann, là ove i dati clinici e la reazione di Wassermann facevano ammettere l'esistenza di una affezione luetica; d'altra parte, in un numero un po' maggiore diedero risultato negativo all'opposto della reazione di Wassermann, accordandosi in ciò con quanto risultava dallo studio clinico dei malati. E fra questi casi hanno la prevalenza i malarici in atto e le forme infettive acute.

Quantunque non sufficientemente numerosi siano i casi studiati, credo però si possa da essi tarre le seguenti conclusioni:

Le reazioni di Meinicke e di Sachs-Georgi sperimentate insieme con la reazione di Wassermann dimostrano di possedere entrambe una sensibilità di poco inferiore alla Wassermann di fronte ai sieri luetici; una specificità superiore alla Wassermann nelle affezioni non luetiche. Per la più facile tecnica e per una maggiore rapidità di esecuzione credo possano essere utilmente impiegate là dove esigenze particolari non permettono l'impianto di laboratori capaci di poter provvedere a tutto quanto occorre per l'allestimento e la esecuzione della reazione di Wassermann. Nei laboratori dove questo è possibile credo sia utile eseguire le reazioni di flocculazione contemporaneamente alla reazione di Wassermann, il che può essere ogni volta compiuto molto agevolmente e rapidamente e con non lieve vantaggio costituire un più ampio controllo nella sierodiagnosi della sifilide e nella interpretazione delle deviazioni del complemento non specifiche.

Quantunque le reazioni di flocculazione abbiano recata nuova luce nella interpretazione dei fenomeni che avvengono fra i sieri luetici e gli estratti lipoidei, pure siamo ancora ben lungi dal conoscere a quali particolari elementi contenuti nel siero luetico, o a quali peculiari modificazioni del siero stesso siano legate e la reazione di deviazione del complemento e quella di flocculazione. Le esperienze di Wassermann sulla sostanza di Wassermann e sull'aggregato Wassermann presenti ugualmente nella reazione di deviazione del complemento, e nella reazione di Sachs-Georgi attendono ulteriore conferma nè possono per ora esse sole chiarire i problemi che si impongono nella sierodiagnosi della sifilide. La reazione di Wassermann e le reazioni di flocculazione restano ancora oscure nel loro meccanismo in-

timo, ma associate allo studio clinico del malato rappresentano un elemento di laboratorio di notevole aiuto e suffragate dall'osservazione clinica acquistano una più larga conferma ed un maggior valore pratico.

Maggio, 1922.

BIBLIOGRAFIA.

AZZI. Archiv. di Fisiol., 1918, vol. 16 (fasc. 3-4).
ID. Haematologica, vol. 1, fasc. 1, 1920.
BAUMGÄRTEL. Münch. med. Woch., 1920, n. 15.
ID. Deut. med. Woch., 1920, N. 20.
ID. Deut. med. Woch., 1920, N. 39.
BORDET. C. R. Soc. Biol., 1913, n. 5.
BLUMENTHAL. Med. Klin., 1919, n. 31.
EICKE. Med. Klin., 1919, n. 51.
ELIAS NEUBAUER, PORGES und SALOMON. Wien. Klin. Woch., 1908, n. 18.
EPSTEIN. Archiv. f. Hyg., Bd. 90, H. 3, 1921.
FELKE e WETZEL. Münch. med. Woch., 1919, n. 47.
HEINEMANN. Archiv. f. Schiffs. und trop. Hyg., 1921, B. 25, H. 3.
HERMANN und PERUTZ. Med. Klin., 1909, n. 43.
HUEBSCHMANN. Münch. med. Woch., 1920, n. 9.
IZAR e RAPISARDI. Accademia Gioenia di Catania, 1920.
IACOBSTHAL. Berl. Klin. Woch., 1909, n. 50.
KLAUSNER. Wien. Klin. Woch., 1908, n. 26.
LEVADITI e MARIE. Ann. Inst. Pasteur, 1906, XX.
LANDSTEINER. Wien. Klin. Woch., 1907, n. 50.
LANDSTEINER und JAGIC. Münch. med. Woch., 1913, n. 18.
LOMBARDO. Ann. Clin. Med., 1921, A. X., f. IV.
LURIDIANA. Haematologica, 1921, vol. II, f. 2.
MANDELBAUM. Münch. med. Woch., 1918, n. 11.
ID. Münch. med. Woch., 1918, n. 43.
MARCORA. Policlinico, Sez. Pratica, n. 40, 1920.
MARIE P. L. Presse Med., 1920, n. 85.
MAC DONAGH. Quart. Journ. Med., T. VIII.
ID. Medical Presse, 1916.
MAC DONAGH et MACKENZIE WALLIS. Biochem. Journal, 1913.
MEYER. Med. Klin., 1919, n. 11.
ID. Berl. Klin. Woch., 1918, n. 4.
MEINICKE. Berl. Klin. Woch., 1917, n. 25-50.
ID. Münch. Med. Woch., 1918, n. 33 e 49.
ID. Med. Klin., 1918, n. 36.
ID. Zeit. f. Inm. Fors. Bd. 27, n. 4; Bd. 28, n. 3-5; Bd. 29, n. 3 4.
ID. Berl. Tierarzt, 1918, n. 10.
ID. Deut. Med. Woch., 1919, n. 7, 12, 24, 30.
ID. Deut. Med. Woch., 1920, n. 1.
MIANI. Gior. Clin. Med., 1921, f. 10.
MORESCHI. Haematologica, 1920, f. 2.
MORINI. Soc. med. Clin. di Modena, 1920.
MICHAELIS. Berl. Klin. Woch., 1907, n. 46.
PINCHERLE. Policlinico, Sez. Pratica, 1920, f. 36.
PORGES und MEIER. Berl. Woch., 1908, n. 15.
ROSSI. Pathologica, 1921, n. 318.
RUBINSTEIN. Traité pratique de sérologie et de Sérodiagnostique, 1921.
SACHS und ALTMANN. Berl. Klin. Woch., 1908, n. 10.
ID. Berl. Klin. Woch., 1908, n. 14.
SACHS. Berl. Klin. Woch., 1911, n. 46.
SACHS und GEORGI. Med. Klin., 1918, n. 33.
SACHS und RONDONI. Zeit. f. Imm. Bd. 1, pag. 132.
SACHS. Deut. med. Woch., 1920, n. 3.
SACHS und GEORGI. Münch. med. Woch., 1919, n. 16.
ID. Münch. Med. Woch., 1920, n. 3.
SESTINI. Riv. Crit. Clin. Med., 1921, n. 31.
WASSERMANN, NEISSER und BRUCK. Deut. Med. Woch., 1906, n. 19.
WASSERMANN. Berl. Klin. Woch., 1921, n. 9.
ZUCCOLA. Policlinico, Sez. Pratica, 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI BRESSAN.

Contributo all'autosieroterapia da vescicante nella tubercolosi.

G. RONCO, primario.

Il concetto clinico a cui s'inspirano le varie sieroterapie antitubercolari (vaccinazione, autosieroterapia, autoemoterapia, immunizzazione interumana, ecc.), è quello, in generale, della immissione in circolo di elementi antitossici ed antibatterici, capaci di azioni biochimiche su tessuti ed organi di natura curativa od immunizzante. La sieroterapia antitubercolare per quanto abbia dato buoni risultati, pure non deve essere ritenuta come una medicazione specifica; se così fosse, la guarigione della malattia dovrebbe essere molto più frequente di quel che non è. Una sieroterapia veramente specifica dovrebbe impedire al bacillo di Koch di svilupparsi, neutralizzare nel medesimo tempo tutti i veleni, agire in tutti casi in via curativa e preventiva. I sieri antitubercolari non posseggono una simile azione, poichè i loro effetti sono molto incostanti (Cavazzoni).

Un metodo, che oggidì sembra preludere a nuove conquiste in tisioterapia, è quello proposto dal prof. De Michele dell'Istituto di Scienze Biologiche di Napoli al Congresso di Medicina Interna (aprile 1921). L'A. riferiva di avere sottoposto un certo numero di infermi di tubercolosi polmonare e chirurgica ad iniezioni di siero aspirato dalla flittena di un vescicante, che veniva loro applicato dodici o diciotto ore prima (*Rivista Medica*, n. 1, 1922, Milano).

Tale metodo, per vero, non è nuovo in terapia, essendo stato usato da vari autori in parecchie malattie. Così Radaelli nella poliartrite subacuta, Pansera nell'eritema polimorfo, Rohner in congiuntiviti ed iriti ribelli a tipo reumatico o gonococcico, ottennero risultati rapidi e decisivi.

Il De Michele, invece, applicava per primo il metodo nella tubercolosi polmonare, proponendosi di introdurre nell'individuo un siero prodotto artificialmente dai suoi stessi tessuti,

e, quindi, probabilmente dotato di potere curativo superiore a qualsiasi altra linfa. L'A. dà una statistica di guarigioni e di notevoli miglioramenti: 2 infermi, affetti da broncoalveolite con bacilli nell'espettorato, guarirono dopo tre iniezioni; una bambina di 9 anni, con broncoalveolite dell'apice, tosse, febbre serotina e sudori notturni, guarì dopo la prima iniezione; 7 adulti con broncoalveolite bacillare, in condizioni di miglioramento, guariti dopo una o tre iniezioni.

Ammalati di lesioni chirurgiche (adeniti, artropatie, osteiti, ecc.), migliorati.

L'A. conclude che la cura è buona quando si tratti di lesioni chirurgiche ribelli o di forme polmonari precoci. Le iniezioni venivano praticate a distanza di 20-30-40 giorni l'una dall'altra, pur essendo innocue.

La priorità del metodo, però, sembra spettare al dott. G. Ferrari, il quale fino del 1910 comunicava all'Accademia di Scienze Mediche e N. di Ferrara (seduta 16 maggio 1910), i risultati ottenuti in seguito ad iniezioni sottocutanee di siero aspirato dalla flittena di un vescicante applicato in soggetti malati di tubercolosi polmonare avanzata. La tecnica del metodo è pur quella del De Michele: applicazione di un buon vescicante in un punto qualsiasi del corpo, specie del torace; formata la vescica, se ne aspira il siero con una siringa sterilizzata e lo si inietta al medesimo infermo. I risultati del Ferrari sono: nessuna reazione locale, solo lieve dolorabilità, abbassamento della temperatura accentuato e duraturo da 8,10 decimi di grado sino al giorno successivo alla iniezione, nessuna modificazione nella urina (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 79, 1910).

Il prof. Zaniboni, direttore del tubercolosario di Padova, a mezzo di nota preventiva dei suoi assistenti Bottacin e Magro (*Policlinico*, Sezione Prat., 1° maggio 1922) rende noto pure che da qualche anno pratica con esito un metodo di cura della tubercolosi polmonare incipiente, e cioè, l'autosieroterapia da vescicante. Il Truzzi di Padova al Congresso di Ostetricia e Ginecologia (Trieste 1921) dava appunto notizia di una cura adottata per iniziativa del Zaniboni, consistente nella iniezione ipodermica di siero da vescicante, mezzo terapeutico che avrebbe dato buoni risultati in tubercolosi dello apparato sessuale femminile.

Indipendentemente dai lavori di questi autori, che non erano a nostra conoscenza, ed in seguito alla comunicazione del De Michele, la esperienza fu pure eseguita nei tubercolosi degenti nel nostro Ospitale. Trattandosi di una semplice nota sperimentale, non è opportuno dare per esteso tutte le storie cliniche dei malati, le lunghe grafiche termometriche e tutte quelle ricerche di laboratorio che sono inerenti alla diagnostica tubercolare; riassumiamo, invece, le esperienze in due gruppi a seconda del periodo di malattia in cui gli infermi furono sottoposti all'autosieroterapia da vescicante.

Primo Gruppo. — Sezione donne. Cartelle ospitaliere n. 7, 8, 9, 11, 15, 17, 21, 19.

Soggetti in età dai 14 ai 30 anni, appartenenti per sviluppo scheletrico alla prima combinazione morfologica De Giovanni.

Gentilizio più o meno compromesso. Incipiente alveolite ad un apice polmonare, deperimento, anemia, erettismo psichico.

Tosse secca o con scarso espettorato, febbre serotina 37.4-38, cuti-oftalmo, reazione positive. Reperto microscopico dell'espettorato, eseguito varie volte: assenza del bacillo di Koch in 3, nelle altre 5, pochi bacilli per campo microscopico.

Iniezioni. — Furono praticate n. 8 trasfusioni di siero ottenuto da vescicante applicato per lo più sulle regioni sopra scapolari dei soggetti in esame e, nella considerazione, che il tempo fra una iniezione e l'altra proposto dal De Michele fosse troppo lungo, furono eseguite a distanza di 8 giorni. In due malati con bacilli nello sputo si è proceduto col metodo Carletti, lasciando prima il liquido, estratto dal vescicante, per 2 giorni in provetta sterilizzata a temperatura di 37°, in modo che avesse a compiersi in esso un fenomeno di autolisi (Carletti *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1907; *Sulla autosieroterapia*, Gilbert), e ciò per accentuare l'azione immunizzante.

Nel contempo, le degenti erano tenute a speciale regime di vita alimentare, respiratoria ed igienica.

Risultati. — Nessuna modificazione termica dopo l'iniezione; nessuna reazione locale. In tempo vario da 20 a 60 giorni si constatò: miglioramento nelle condizioni generali, aumento dell'appetito, del peso corporeo; scomparsa dei sudori; a giorni, apiressia. Fatti polmonari, nè aumentati nè diminuiti. Presente sempre qualche bacillo per campo microscopico.

Dopo due mesi, 5 inferme, per loro desiderio, vengono dimesse, ma dopo 20 giorni circa ritornano alla cura ambulatoria, febbricitanti e con maggiore disfacimento organico e polmonare.

In questo tempo il bacillo è aumentato in quantità ed è pure presente in quelle, in cui non si riscontrava. Nelle 3 inferme rimaste degenti, pur non avendo tralasciata l'autosieroterapia, si ebbero delle emottisi.

Attualmente, alla distanza di 4 mesi dalla prima iniezione, le malate, per la fenomenologia clinica, si trovano già in un secondo stadio di malattia, e, nelle medesime, si verificano alternative di lievi miglioramenti e di improvvisi peggioramenti, come è solito verificarsi nella tubercolsi polmonare.

Secondo Gruppo. — Sezione uomini. Cartelle ospitaliere n. 6, 10, 18.

Ereditarietà tubercolare, età dai 18 ai 34 anni. Notevole disfacimento organico; multiple lesioni agli apici; grande ricchezza di bacilli nello espettorato mummulare. Sudori profusi, emottisi a periodi. Febbre continua, a grandi curve 38-39, 36-38.5, 39-39.5.

Iniezioni. — Eseguite n. 10 iniezioni di siero da vescicante a distanza di 8 gorni. Nessuna modificazione della sindrome; la malattia prosegue verso le gravi complicazioni di tutti gli organi.

Le esperienze furono eseguite con la massima cura, e le deduzioni che dalle medesime si possono trarre sono di natura più pratica che conclusiva.

L'autosiero ha veramente prodotto i miglioramenti descritti nelle malate del primo gruppo, nelle quali la tossicosi era in una fase non avanzata?

La cessazione delle iniezioni ha fatto scomparire od attenuare la supposta azione antitossica del siero?; perchè il De Michele otteneva guarigioni con 1, 2 o 3 iniezioni, e il Zaniboni, invece, parla, nella nota preventiva, di iniezioni settimanali?

Pertanto, nei malati a tubercolosi avanzata l'autosiero ebbe azione completamente negativa.

Nei soggetti del primo gruppo, nei quali la bacillosi era all'inizio, è logico il dubbio che soltanto il siero abbia prodotto i miglioramenti, poichè è noto di quale importanza sia nella tubercolosi incipiente un regime di vita speciale. Nelle malate, cessata improvvisamente la trasfusione, e, pur anche il regime ospitaliero, il morbo ha ripreso il suo fatale decorso. L'autosiero, quindi, nel supposto della sua azione antitossica od antibatterica, nelle esperienze non avrebbe avuto un potere stabile sulle lesioni o specifico sui batteri.

D'altra parte, l'esito brillante ottenuto coll'autosiero da vescicante in parecchie malattie, e, così pure, da noi in un caso di grave e ribelle neuralgia influenzale del trigemino, dimostrerebbe che una qualche azione proviene dal siero vescicatorio di un malato. In questi casi però si trattava di eventualità morbose a forma più o meno acuta, ove l'elemento patogeno poteva essere aggredito da una qualche terapia. Nella tubercolosi polmonare, oltre allo elemento batterico, ci troviamo di fronte ad organismi per lo più fino dall'infanzia profondamente alterati nelle funzioni biologiche e biochimiche, organismi dotati nella maggioranza dei casi di una speciale attitudine cellulare ereditaria o congenita verso l'entità tubercolare.

Questo il nostro modestissimo contributo sulla autosieroterapia da vescicante; esso non esclude a priori i miglioramenti o le guarigioni — però, per osservazioni in corso di esperimento, si à ragione di credere che il nuovo metodo potrà riuscire di grande beneficio nelle tubercolosi non ereditarie ma acquisite.

Isola Vicentina, giugno 1922.

AMBULATORIO UROLOGICO
DELLA R. CLINICA CHIRURGICA DI ROMA
Prof. R. ALESSANDRI.

Iniezioni endovenose di neo-salvarsan e urotropina nella cura delle pieliti.

Nota preventiva

del dott. AUGUSTO CASSUTO.

L'urotropina è già stata somministrata per via endovenosa a piccole dosi in alcune malattie mediche; qui in Roma nei nostri Ospedali dal Sabatini nell'encefalite letargica, ma senza risultati notevoli.

Credo interessante far cenno di un nuovo impiego dell'urotropina che sto esperimentando nella terapia delle pieliti (1), e che in alcuni casi particolarmente ribelli mi ha già dato risultati incoraggianti, perchè dalle ricerche bibliografiche fatte, nessun autore, neppure Colombino nei suoi due recenti e completi lavori, ne fa menzione, e neppure Wossidlo; soltanto Marion ne fa un fugace e incompleto accenno senza descriverne però tutte le modalità.

Ne verrà data ulteriormente più ampia notizia col corredo delle storie cliniche.

Qui debbo ricordare brevemente che se in tutte le pieliti un unico fattore etiologico è il predominante, l'infezione, pure in una classe quella delle pieliti nelle gravide, non è certo di secondaria importanza l'ostacolo stabilitosi al deflusso dell'urina. Queste pieliti sono le sole che mi pare non possano trarre vantaggio dal metodo proposto se non associandolo al drenaggio della pelvi, che è doveroso riconoscere essere di solito sufficiente e di per sè capace di condurre a guarigione.

Viceversa tutte le altre pieliti, le infantili comprese, sono nella gran maggioranza suscettibili, secondo me, di esser trattate con successo col solo metodo che vengo a descrivere.

---

(1) Ho iniziato le prime osservazioni cliniche su questo metodo a Berlino, nella Clinica del prof. Casper che lo consiglia e lo ha adottato nella sua pratica.

Quando la diagnosi di pielite è confermata dal reperto microscopico, inietto subito per via endovenosa e con la tecnica abituale, una fiala contenente 40 centigrammi di urotropina sciolta in 10 cmc. di acqua distillata.

La soluzione di urotropina in fiale non è ancora in commercio, ma può essere preparata da qualsiasi farmacista, purchè il prodotto adoperato sia farmacologicamente puro; si adoperino fiale di vetro neutro preventivamente sterilizzate e l'acqua distillata sia preventivamente sterilizzata in guisa da non dover di poi bollire le fialette con la soluzione per sterilizzarla, perchè alla temperatura di ebollizione, l'urotropina perde le sue qualità medicamentose scindendosi in ammoniaca e formaldeide.

A giorni alterni faccio altre tre iniezioni della stessa dose suaccennata.

Passo poi a dosi più forti; tre iniezioni di 60 ctg. e poi di 90 ctg. fino a guarigione.

Se il reperto microscopico delle urine è particolarmente grave si può, subito dopo una o due iniezioni di 40 e 60 ctg. passare senz'altro a quelle di 90 ctg. oppure seguire a giorni alterni la progressione indicata, e nei giorni intervallari iniettare ancora una dose di 40 ctg.

Contemporaneamente soglio associare, quando gravi fattori cardio-renali non lascino dubbiosi anche sul prudente impiego di piccole dosi, le iniezioni endovenose di neo-salvarsan.

Settimanalmente, sopprimendo in quel giorno l'iniezione di urotropina se dovesse coincidere, faccio una prima iniezione di 8 o 10 ctg., poi passo a 15 o 20 e infine a 30 ctg. Non ho mai superata la dose di 30 ctg. di proposito, in quanto all'infezione della pelvi bene spesso compartecipa il rene.

L'esame microscopico del sedimento urinario, non che lo stato del paziente ci sarà di guida per la durata e l'intensità della cura che è sempre senza inconvenienti. Come unica controindicazione va considerata l'albuminuria grave nelle pielonefriti acutissime.

Essendo note le proprietà dell'urotropina, che nell'urina si oppone allo sviluppo dei batteri della fermentazione ammoniacale, come su terreni di cultura allo sviluppo del bacterium coli sviluppando formaldeide, e che o fa diminuire la reazione alcalina dell'urina o la sostituisce con la reazione acida, appare perfettamente logico il metodo che si propone di introdurre il medicamento nella maniera più efficace, perchè tutta veramente la dose adoperata agisca penetrando in circolo con la maggiore prontezza ed efficacia. Soprattutto, perchè di frequente il riassorbimento del medicamento dall'intestino deve certamente essere incompleto per la coprostasi che ordinariamente si accompagna in questa malattia.

Potrebbe invece sembrare più empirico l'adoperare il neo-salvarsan di cui comunemente non si riconosce che un valore spirocheticida e antiprotozoario; ma in realtà non è così.

Il benzolo che è uno dei componenti del neosalvarsan si ossida solo parzialmente nell'organismo: le ricerche di Schultzen e Naunyn hanno stabilito che il 2-3 % fissa un atomo di ossigeno trasformandosi in fenolo, parte ancora in pirocatechina e in idrochinone.

Il fenolo, con la pirocatechina e l'idrochinone compaiono rapidamente nelle urine accoppiati con l'acido solforico.

Cosicchè essendo ben note le energiche proprietà antisettiche e antifermentative di questo nucleo fondamentale della seria aromatica, il benzolo, appare anche dal punto di vista teorico punto illogico l'associazione di questo medicamento nella cura delle pieliti, in quanto trova anche farmacologicamente il suo appoggio scientifico.

Tale il metodo; è naturale che rendendolo noto io non abbia la pretesa di far proscrivere i vaccini autogeni e la terapia chirurgica in nostro potere, questo semplice e attivo mezzo di cura può sempre senza inconvenienti associarsi ad essi, sopratutto in quei casi talora così ribelli da non cedere facilmente ad uno soltanto dei presidi adoperati.

La cura è dunque di notevole utilità perchè o sopprime la necessità di dolorose manovre pei pazienti, o ne dirada la frequenza, è infine alla portata di ogni medico pratico.

Roma, aprile 1922.

BIBLIOGRAFIA.

BERLIN W. C. Medical Record, n. 2683, 8 aprile 1922, pag. 575.

C. COLOMBINO. Annali di Ostetricia e Ginec., n. 5, 1920 e 1921.

ERLICH e HATA. *Ricerche sperimentali.* Trad. ital. di RUHL-STEN. Torino 1911.

G. GAGLIO. *Farmacologia.* Soc., Libraria, editoriale.

G. MARION. *Urologia.* Masson, édit., 1921.

NONNEBRUCH. Münch. Mediz. Woch., n. 50, 16 dicembre 1921, pag. 1626.

E. WOSSIDLO. Zeitschr. F. Urol., B. 15, 1921, pag. 461.

Di un non comune contenuto di un piccolo ascesso.

Dott. GIOVANNI JACOBUCCI.

Credo interessante riferire il seguente caso:

T. G., di anni 19, contadina, mentre zappava, avvertiva una puntura in corrispondenza della vulva; la donna era senza mutande.

Durante tutto il giorno fu costretta a grattarsi continuamente la parte per un prurito insopportabile. Il giorno seguente al prurito si aggiunse dolore e leggiero gonfiore del grande labbro sinistro; la donna fu costretta a letto in posizione supina e colle coscie divaricate.

Il terzo giorno, essendo aumentati gonfiore e dolore, fui chiamato a visitare l'inferma.

In corrispondenza dell'estremità posteriore del grande labbro sinistro, sulla faccia esterna, noto una tumefazione della grandezza di un uovo di colombo, a limiti quasi netti, arrossata, dolente; la cute, in corrispondenza della sommità della tumefazione presenta una soluzione di continuo, a forma irregolarmente circolare, della grandezza d'una moneta da due centesimi, e dalla quale, sotto pressione, fuoriescono alcune gocce di un liquido siero-purulento.

Detersa la parte, noto, nell'interno della tumefazione, cinque piccoli.... cerchi, del diametro di circa due millimetri, alcuni dei quali mostrano dei movimenti verticali.

Nella quasi certezza di trovarmi davanti a degli esseri.... viventi, cerco di pinzettare il contenuto della tumefazione, ed estraggo cinque piccole larve, vive, della lunghezza di un centimetro, di color bianco, uniformemente cilindriche.

Zaffo quindi la tumefazione con una piccola striscia di garza imbevuta nella benzina.

Il giorno seguente la donna mi riferisce di avvertire dei piccoli movimenti nell'interno dell'ascesso. Tolgo lo zaffo e pinzetto altre due larve, pure vive. Torno a zaffare come il giorno precedente.

Il terzo giorno l'inferma non avverte più nulla; il dolore è cessato, i fatti reattivi sono scomparsi, la tumefazione è ridotta molto di volume; la donna si alza e cammina liberamente.

Tolgo definitivamente lo zaffo; e dopo altri due giorni la tumefazione è scomparsa completamente e la soluzione di continuo è quasi cicatrizzata.

Stando a ciò che ha riferito la G., è logico ammettere che la donna, mentre zappava, in posizione ricurva e cogli arti inferiori divaricati, sia stata punta da un insetto che nello stesso tempo ha dovuto depositare le uova nel luogo della puntura.

Alfedena, 5 settembre 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Tumori ed immunità.

(V. T. MERTENS. *Münch. med. Wochenschrift.* n. 93, 1922).

1. Il decorso dei tumori è accompagnato da numerosi fenomeni che rientrano nel campo dell'immunità; potendosi ormai escludere che i tumori vengano determinati da agenti morbosi nel senso batteriologico, l'immunità va intesa nel senso di un'immunità verso cellule o tessuti; tale specie di immunità senza dubbio esiste come è stato dimostrato da V. Dungern che riescì ad ottenere nelle cavie a cui iniettava nel peritoneo delle cellule d'epitelio vibratile, degli anticorpi che messi a contatto con cellule simili ne arrestavano i movimenti ed alteravano la forma. Tutte le ricerche che riguardano i processi immunitarii svolgentisi nel decorso di tumori presentano il grave inconveniente di essere state fatte su animali di modo che i risultati non si possono senz'altro trasportare all'uomo.

Interessanti sono le ricerche di Ehrlich, che trattò le cellule dei tumori come se fossero dei germi e l'organismo animale nel quale le iniettа come se fosse un terreno di coltura. In tal modo gli riuscì di aumentare di molto la virulenza delle cellule di tumori mediante ripetuti passaggi da animale ad animale.

L'immunità contro l'innesto di tumori non ha nulla a che fare con l'immunità contro lo sviluppo spontaneo dei tumori. Così, p. es., lo sviluppo spontaneo di tumori non si osserva che nei topi di sesso femminile mentre i tumori innestati attecchiscono qualunque sia il sesso dei topi; così l'innesto riesce meglio nei topi giovani mentre i tumori spontanei si osservano solo nei topi vecchi; così animali nei quali i tumori innestati non attecchiscono possono in seguito ammalare spontaneamente di tumore. Di fronte all'innesto di tumori esistono varie specie di immunità: l'immunità di specie, l'immunità di razza e l'immunità individuale.

1° Immunità di specie:

Non si riesce a fare attecchire dei tumori in organismi di specie diversa. Così dei tumori virulenti di topo, innestati al ratto, dopo un breve periodo di sviluppo regrediscono. Ciò probabilmente perchè le cellule del tumore hanno bisogno per il loro sviluppo di speciali sostanze nutritive, sostanze presenti soltanto in organismi di una data specie (topo); forse presenti anche in quelle di specie diversa (rat-

to), ma in ogni caso non utilizzabili per le speciali condizioni di affinità tra esse ed i tessuti organici. Nei primi 5-10 giorni dopo l'innesto il tumore cresce perchè le sostanze nutritive sufficienti per tale breve periodo sono state iniettate assieme alle cellule tumorali. Tale concezione spiega il fatto che tumori a rapido accrescimento non si accompagnano a metastasi; queste sono microscopiche e non si possono sviluppare perchè il tumore principale attira a sè tutte le speciali sostanze nutritive disponibili.

2° Immunità di razza:

Topi di Copenhagen si dimostrarono non recettivi ai tumori dei topi di Francoforte e viceversa. La spiegazione va ricercata in speciali condizioni di nutrizione ed è stata dedotta dalle esperienze di Ehrlich sull'infezione tripanosomica dei topi. Parassiti e cellule tumorali sono forniti di ricettori nutritivi. Gli anticorpi uccidono la cellula aderendo ai ricettori e bloccando in tale modo le fonti di nutrizione di essa. In determinate condizioni però la cellula è in grado di produrre dei nuovi ricettori, di specie diversa, per i quali gli anticorpi non hanno affinità, e assumendo per mezzo di essi le sostanze indispensabili per crescere e moltiplicarsi. Se dunque l'organismo animale nel quale si innesta il tumore contiene delle sostanze che possono venire accaparrate da ricettori nutritivi delle cellule tumorali, queste si sviluppano bene nel nuovo organismo; in caso contrario il tumore non attecchisce. Se però nell'organismo ospite esistono sostanze tali da poter venire assunte da ricettori esistenti nelle cellule tumorali allo stato di abbozzo (oltre ai ricettori sviluppati inservibili) quelle cellule che riescono a sviluppare a tempo tali abbozzi si mantengono in vita, le altre periscono. Parassiti e cellule tumorali possono avere diverse specie di ricettori (unio binio, ternio, ecc.). Si comprende come i binioni, i ternioni, ecc. abbiano maggiori probabilità di attecchire negli organismi ospiti che non gli unioni; questi ultimi sono però molto più virulenti, perchè essendo ricchi di ricettori di una sola specie, se vengono a trovarsi in organismi nei quali sono disponibili le sostanze adatte a questi ricettori, accaparrando avidamente queste sostanze danneggiano gravemente l'ospite e crescono rigogliosamente. I binioni, ternioni, ecc. avendo scarsi ricettori di ciascuna specie si sviluppano scarsamente e non danneggiano fortemente l'organismo ospite. Si comprende facilmente ora la frequente discordanza esistente tra virulenza ed immunità.

3° Immunità individuale (in una medesima razza):

Essa dipende dalle cellule innestate (maggiore o minore avidità per le sostanze nutritive) e dall'organismo ospite (maggiori o minori disponibilità di tali sostanze). L'aumento di virulenza ottenuto da Ehrlich per mezzo di passaggi si spiega con l'aumento dei ricettori delle cellule così passate da animale ad animale (lo stimolo della fame provoca un aumento dei ricettori nutritivi). Le ricerche sull'immunizzazione artificiale contro i tumori sono contraddittorie e non chiare. Ehrlich sarebbe riescito ad immunizzare degli animali iniettando loro delle cellule tumorali attenuate (resistenza a cellule molto virulente innestate in seguito); l'immunità si estenderebbe a tutte le specie di tumori, non soltanto a quelli con cui si sono immunizzati gli animali (l'iniezione di cellule sarcomatose protegge contro il carcinoma, ecc.).

Altri AA. riescirono ad immunizzare animali contro l'innesto di tumori iniettando ad essi dei tessuti normali (sangue, milza, ecc).

In generale l'attecchimento dei tumori dipende anche dalle condizioni grossolane di nutrizione dell'organismo ospite. Se l'attività delle cellule dell'organismo nell'assunzione delle sostanze nutritive viene ad essere diminuita tanto più facilmente queste sostanze potranno venire assunte dalle cellule tumorali, e il tumore si svilupperà. Così si spiega bene la frequenza dei tumori nell'età avanzata e in periodi di malnutrizione generale (guerra).

I numerosi tentativi di trovare un metodo sierologico utilizzabile per la diagnosi dei tumori non hanno finora dato risultati soddisfacenti.

POLLITZER.

CHIRURGIA.

Lesioni benigne della mammella femminile per le quali non è indicata un' operazione chirurgica.

(J. C. BLOGWOOD. *Journ. of the Am. Med. Ass*, 25 marzo 1922).

L'A. negli ultimi anni ha visto 267 donne che presentavano lesioni e sintomi diversi a carico della mammella e alle quali egli ha sconsigliato qualsiasi atto operativo. Egli ha diviso le sue malattie in 11 gruppi così:

1° Dolori. L'A. ha visto 64 malate che si lamentavano di dolori di tutti i differenti tipi e in 14 dei quali la paziente o il medico avevano creduto di palpare un tumore. L'A. dietro il risultato negativo del suo esame rassicurò le pazienti in nessuna delle quali si svi-

luppò alcuna speciale malattia. Egli conclude che il dolore di per sè non ha alcun valore diagnostico.

2° Cicatrici dolorose: 22 casi nei quali l'A. non riscontrò alcun segno che potesse far pensare ad una recidiva locale.

3° Scolo dal capezzolo: 36 casi: lo scolo sieroso-ematico è dovuto alla presenza di un piccolo papilloma in un dotto galattoforo. Uno scolo più spesso, bruno o gialliccio indica una dilatazione dei dotti sotto il capezzolo. Uno scolo di latte indica un galattocele o una persistente ipertrofia funzionale. Però non vi è nessuna prova che queste siano lesioni precancerose ed egli non ha consigliato alcuna operazione a queste malate.

4° Retrazione del capezzolo: 3 casi nei quali la retrazione esisteva da lungo tempo e aveva coinciso con l'allattamento. Benchè la retrazione del capezzolo possa essere un sintoma di una mastite cronica cistica, di un tumore benigno, di una mastite da allattamento, e sia soltanto raramente un segno precoce del cancro pure l'A. consiglia sempre l'operazione radicale quando questa retrazione sia comparsa da poco tempo non in relazione con l'allattamento.

5° Alterazioni del capezzolo sospette per morbo di Paget: 3 casi nei quali l'ulcerazione del capezzolo guarì molto rapidamente con semplici medicature. Quando ciò non accade e specialmente se si palpa una zona di indurimento sotto l'areola l'A. consiglia sempre senz'altro l'amputazione della mammella.

6° Donne che narrano di aver presentato una tumefazione che poi è scomparsa. Secondo l'A. questo fatto rappresenta una entità clinica ben definita, e la tumefazione è associata sia con la mastite cronica da allattamento, sia con il galottocele sia con una mastite cronica cistica.

Quando noi studiamo il cancro della mammella noi riscontriamo nell'anamnesi l'esistenza di un tumore che ha preceduto il cancro e poi è scomparso in meno dell'1 % dei casi. Mentre invece quando studiamo la mastite da allattamento, il galattocele e la mastite cronica cistica noi troviamo questa storia di una tumefazione che poi è scomparsa in un gran numero di casi. Probabilmente anche gli adenomi benigni che si osservano nell'età giovanile se lasciati a sè dopo un certo tempo scompaiono. L'A. ha diviso i casi di questo genere in diversi gruppi a seconda che presentava una o più tumefazioni: in una sola o in ambedue le mammelle e a seconda che queste tumefazioni erano bene evidenti o indefinite.

7° Tumefazioni definite ed indefinite, uniche e multiple ,in donne sotto i 25 anni di età: 23 casi.

a) Tumefazione unica mobile ben delimitata in una sola mammella in fanciulle sotto i 20 anni. L'A. ne ha visto 12 casi e 7 li ha seguiti per un periodo di tempo da 3 a 19 anni. Le tumefazioni sono scomparse. L'A. ritiene che si trattasse di adenomi.

a-e) 4 casi nei quali esistevano un'area tumefatta indefinita. Questi casi furono seguiti per anni e l'area sospetta scomparve.

c) Tumefazioni multiple bene evidenti in una sola mammella. L'A. ne ha viste 2 casi nei quali le tumefazioni scomparvero.

d) L'A. ha visto 18 anni fa un caso con tumori multipli bene evidenti in ambedue le mammelle che egli ritenne adenomi. Queste tumefazioni sono scomparse.

d-e) Tumefazioni multiple non ben definite in ambedue le mammelle. L'A. ne ha visti 4 casi tutti guariti spontaneamente.

Da questi dati egli conclude che in una ragazza al di sotto di 20 anni soltanto quando una tumefazione ha raggiunto un grosso volume oppure cresce rapidamente oppure produce intenso dolore o altera la cosmesi deve essere asportata chirurgicamente.

8° Tumefazioni evidenti o non ben definite uniche o multiple in una o in ambedue le mammelle in donne al di sopra di 25 anni. 64 casi.

a) In 7 casi nei quali si palpava una tumefazione in una mammella l'A. non intervenne chirurgicamente. In 3 perchè dato il periodo di allattamento si pensò trattarsi di un galattocele. In uno perchè la storia e l'esame obiettivo fecero fare diagnosi di cisti semplice, in un altro di dilatazione di un dotto e in un altro ancora di cisti dermoide. La settima malata rifiutò l'operazione benchè fosse stata fatta diagnosi di cancro, ma poi la tumefazione scomparve per non più comparire.

a-e) In 21 casi nei quali in seguito a trauma, allattamento, mastiti pregresse si aveva un'area lievemente tumefatta non ben definita che l'A. non ritenne tale da giustificare un intervento sia pure esplorativo, si ebbe sempre una risoluzione completa.

c-e) In un caso in seguito a un trauma si ebbero in una mammella tumefazioni multiple non ben definite che poi scomparvero.

d) 7 casi non operati di tumori multipli in ambedue le mammelle. Furono diagnosticate come galattocele, dilatazione dei dotti o mastite cistica cronica.

d-e) Bloodgood ha osservato inoltre 50 malate che affermavano di avere delle zone di

indurimento tumefatte, non ben definite. Egli però non intervenne perchè i reperti dell'esame obiettivi non furono sufficienti, per giustificare un'operazione. Questo genere di malate va sempre diventando più comune nella pratica dell'A. Le lesioni bilaterali di questo genere mentre sarebbero molto comuni nella mastite cistica cronica costituirebbero eccezioni nelle lesioni maligne. L'A. riferisce il suo sistema di esaminare le mammelle. Egli non conosce la storia delle sue malate al momento dell'esame poichè ritiene che una diagnosi differenziale delle lesioni delle mammelle deve basarsi quasi unicamente sui dati forniti dalla palpazione. Questa egli esegue sempre contemporaneamente sui due lati. Insiste sulla formazione di zone di congestioni dovute alle manovre palpatorie che possono trarre in inganno simulando una tumefazione.

9° Tumori ascellari formati da tessuto mammario abberrato: 17 casi di cui tre bilaterali.

10° Ipertrofia unilaterale della pubertà: 6 casi nei quali dopo il 1° periodo mestruale si aveva avuto ingrossamento di una mammella senza che si palpasse un tumore. In seguito anche l'altra mammella si ingrossò e la simmetria fu ristabilita.

11° Ipertrofia verginale diffusa: l'A. non consiglia mai l'intervento in questa lesione che presenta sintomi clinici distinti da etiologia sconosciuta. M. A.

Risultati lontani degli innesti nervosi nella chirurgia delle ferite dei nervi.

(GOSSET e CHARRIER. *Journ. de Chir.*, n. 1, 1922).

Molto si è sperimentato e scritto sugli innesti nervosi; ma specialmente in chirurgia umana più dal punto di vista della tecnica che da quello dei risultati lontani. Perciò gli AA. credono utile di esporre i loro risultati lontani su 35 interventi personali del genere su feriti di guerra e poi dare uno sguardo generale a quanto di simile s'è pubblicato in Francia in quest'utimo tempo.

Di questi risultati gli autori chiamano:

Buoni quelli in cui si ha ripristino sensitivo e motore; discreti quelli in cui si ha ripristino o sensitivo, o lieve motore, o elettrico; nulli quelli con insuccesso.

I risultati sono stati raccolti mediante ripetuti esami personali o d'altri medici, o mediante schedario mandato al paziente, ma questo mezzo è poco sicuro.

Dei 35 innesti 32 sono autoinnesti praticati con un n. sensitivo il muscolo cutaneo della gamba o il brachiale cutaneo interno, e 3 etero innesti alla Nageotte.

Di questi ha potuto seguirne 22-20 auto e 2 etero innesti.

Di questi 12 antoinnesti sul *cubitale* con: 5 risultati buoni; 5 risultati mediani; 2 insuccessi; 1 etero innesto con insuccesso.

4 autoinnesti sul *mediano* con: 2 successi; 2 insuccessi.

4 autoinnesti sul radiale con: 3 risultati mediocri; 1 insuccesso.

1 etero innesto sullo sciatico con insuccesso.

Sicchè complessivamente ha:

Su 20 autoinnesti: Risultati buoni 7 = 35 %; risultati mediocri 9=45 %; risultati nulli 4= =20 %.

Su 2 etero innesti: 2 insuccessi.

Molti dei risultati mediocri non sono stati seguiti molto lungamente per cui se ciò fosse stato possibile probabilmente i *buoni* risultati sarebbero più numerosi

Dal 1916 fino ad oggi parecchi autori hanno fatto pubblicazioni simili in Francia (Duroux, Jugebrigsten, Delagenie e Tinel, Dujarier, Semert, ecc. ecc.), così che comprendendo quelli degli autori si può dire di essere stati operati in questo tempo, d'innesto nervoso 216 individui. Di questi sono stati seguiti a distanza 99 operati. Su questi 99 globalmente considerando si ha:

Buoni risultati	17	17 %
Mediocri risultati . . .	56	
Insuccessi	26	

Se si osserva secondo tipo d'innesto si ha su 31 autoinnesti.

10 buoni risultati 30 %
13 mediocri risultati
8 insuccessi.

Su 10 omoinnesti:

2 buoni risultati 20 %
3 mediocri risultati
5 insuccessi.

Su 58 eteroinnesti:

5 buoni risultati
40 mediocri risultati
13 insuccessi.

In 10 di questi eteroinnesti s'è fatto innesto vivo prelevato dal cane o coniglio e si sono avuti 3 successi cioè il 30 %. Gli altri 48 sono stati eseguiti con innesto morto alla Nageotte e si sono avuti solo 2 successi cioè il 4 %.

Sicchè da questo studio risulta che l'innesto da preferirsi è l'auto o l'etero vivo.

Però l'operazione d'innesto in questi casi deve essere un'operazione di necessità poichè

nella sutura i risultati sono assai migliori. Difatti gli AA. hanno operato 57 suture col il 40 % di guarigione completa o quasi, il 40 % di miglioria e il 20 % d'insuccesso.

Perciò gli autori contrariamente ai fanatici dell'innesto finchè si può consigliano la sutura, se non auto o etero innesto vivo benchè da questo punto di vista sia ancora da cercare è quale la specie animale il cui nervo trasportato nell'uomo favorisce la rigenerazione nervosa. GUSSIO.

PEDIATRIA.

Le difficoltà di suzione nei piccoli bambini.

(H. C. CAMERON. *The Lancet*, 13 maggio 1922).

All'inizio dell'allattamento il coefficiente materno si riduce quasi esclusivamente alla forma del capezzolo. L'energia di suzione del bambino è della massima importanza, anche per mantenere ed accrescere la portata lattea. Se la suzione è debole non è buon rimedio il poppatoio, il quale, richiedendo meno sforzo, disabitua il poppante dal seno. È meglio, ogni tre o quattro ore, porgere al bambino entrambi i seni, e quando egli è stanco applicare il tiralatte; il latte estratto può esser dato al bambino col cucchiaio.

Durante la suzione il bambino non va tenuto verticalmente, onde evitare l'aerofagia ed il conseguente rigurgito di latte; questo inconveniente può anche seguire ad una suzione troppo avida e precipitosa. Ottima cosa è che la madre segga su di una sedia bassa e comoda, tenendo il bambino sulle ginocchia per mezzo di un cuscino, chinandosi verso di esso e porgendogli il capezzolo con una mano, mentre con l'altra regge la testa del bambino stesso. È necessario evitare un eccessivo raffreddamento del bambino: eventualmente lo si unga di olio e si circondi di ovatta, o si adoperino bottiglie calde.

Non devono scoraggiare le difficoltà di suzione del neonato: è generalmente un fatto transitorio che dipende da inesperienza; non bisogna quindi ricorrere all'allattamento artificiale, che è mal tollerato nei primi tre mesi, sebbene l'A. ritenga che in nove decimi dei casi non è di grave nocumento (?!! N. d. R.).

L'A. enumera poi le più frequenti cause che sono di ostacolo al regolare allattamento nei primi mesi di vita.

Infezioni e intossicazioni varie possono produrre inappetenza o difficoltà meccaniche alla suzione (trisma).

La dispnea da qualunque causa e specialmente da ostruzione nasale, non di rado misconosciuta. rende assai difficile la suzione e facilmente provoca il vomito ed altri disturbi gastrointestinali. Nei casi di corizza, da ricercare sempre, tenendo anche presente la quasi costante adenopatia angolomascellare, è utile instillare nelle narici, prima della suzione, qualche goccia di una soluzione tiepida contenente l'1 % di bicarbonato sodico e l'1 % di borace. Nei casi più gravi si potrà instillare una o due goccie di adrenalina al millesimo, e se la secrezione è molto abbondante si userà il nitrato d'argento all'1 %.

La prematurità, specialmente se dovuta a sifilide o eclampsia della madre ha una cattiva prognosi: non vi è che da mantener caldo il bambino, ed eccitarlo se ha troppa sonnolenza.

Alcune malformazioni congenite possono dare difficoltà di suzione: per la fessura palatina esiste un apparecchio protetico da applicare al capezzolo (Kelsey Fry).

Alcune lesioni da parto, che interessano direttamente o indirettamente i centri nervosi producono paresi o uno stato d'inerzia che è di ostacolo alla suzione.

La sonnolenza, se non dipende da prematurità o da esaurimento postconvulsivo è facilmente vinta dagli stimoli esterni.

La causa di gran lunga più frequente che ostacola la suzione è l'eccitamento nervoso. La facile eccitabilità, sia congenita, sia dovuta a cattiva assistenza, rende il bambino insonne, gli fa quindi perdere più energia e più calore, onde il latte della madre gli è poi insufficiente.

La peristalsi intestinale diviene intensa ed il vomito così violento da far temere una stenosi pilorica. Tali bambini poppano con violenza, incoordinatamente, e deglutiscono molta aria che distende il loro stomaco. La suzione inefficace fa diminuire rapidamente la portata lattea materna. Inoltre la madre spesso partecipa anch'essa dello stato di agitazione del bambino.

Intorno a questi bambini si deve creare un ambiente tranquillo. Bagni ed impacchi caldi ripetuti sono utili; così pure l'involgerli strettamente in uno scialle e il sostenerli mediante un cuscino.

La madre deve cercare di prenderli in braccio mentre dormono, e porger loro la poppa quando tranquillamente si destano, non quando si agitano e gridano. Se ciò riesce impossibile, si può dare al bambino una pozione con 5 centigr. di cloralio idrato e 5 centigr. di bromuro di potassio; generalmente dopo un quarto d'ora si addormenta. Tale dose quotidiana si può ripetere per alcune settimane, ma di solito dopo alcuni giorni il bambino è tranquillo, ed

è rotto il circolo vizioso per cui la deficiente alimentazione aggravava le condizioni generali. E spesso anche la madre ne risente vantaggio e dà latte più abbondante e migliore.

DORIA.

La mediastinite cronica nell'infanzia.

(MATTEI. *Riv. di Clin. Pediatrica*, 1921, n. 11).

L'A., della Clinica Pediatrica di Milano, occupandosi della mediastinite cronica dell'infanzia, nota come le due cause principali di infezione del mediastino sono la sifilide e la tubercolosi: la prima è caratteristica dell'età adulta, la seconda dell'infanzia, pure ammettendo con Hutinel che spesso si riscontra l'associazione del processo sifilitico a quello tubercolare. Le lesioni nella forma sifilitica che interessano la parte antero-superiore del mediastino sono rappresentate da una ganga compatta di tessuto fibro-adiposo all'origine dei grossi vasi, nella forma tubercolare le lesioni sono meno caratteristiche: se occupa il mediastino superiore si hanno voluminosi gangli tracheobronchiali sovente caseosi.

Il tessuto fibroso è poco abbondante e prende l'aspetto di fimbrie le quali collegano gli organi fra loro o alla colonna vertebrale.

In certi casi è preso tutto il mediastino inferiore e si riscontra dietro la piastra sternocostale fra i due polmoni, davanti al cuore una massa fibrosa, dura, che aderisce agli organi che prendono parte al processo scleroso, onde si ha sinfisi pleurica parziale o totale, pericardite e sinfisi pericardica.

La mediastinite cronica evolve per lo più insidiosamente in bambini che già sono colpiti da altre malattie in bambini che hanno sofferto pleuriti dalle quali è residuata sinfisi pleurica o endopericardite da reumatismo articolare o in bambini scrofolosi con vegetazioni adenoidi o con processi tubercolari che hanno invasi i gangli tracheo-bronchiali, i polmoni, pleure e pericardio diffondendosi per continuità fino al tessuto cellulare mediastinico. Da qui una sintomatologia complessa nella quale la valutazione dei singoli fatti non riesce sempre facilmente apprezzabile.

Della mediastinite sifilitica, rara nella infanzia, si distinguono due forme, la *primitiva* e l'*associata allo aneurisma dell'aorta*.

Della mediastinite tubercolare la forma superiore si accompagna alla adenopatia tracheo-bronchiale e si sviluppa lentamente ed è difficile la diagnosi dei disturbi dovuti alla mediastinite da quelli dovuti alla adenopatia: della forma inferiore si hanno tre tipi clinici:

1° Mediastino-pericardite: è il quadro clinico della sinfisi pericardica tubercolare accompagnata da asistolia epatica;

2° Mediastino-pleurite senza sinfisi pericardica e con asistolia epatica che sarebbe, secondo Hutinel, complicanza di pleurite tubercolare;

3° Mediastino-pleurite con destrocardia.

La prognosi della mediastinite è quasi sempre grave, sopratutto nelle forme tbc.: tuttavia Hutinel, in certi bambini, è riuscito ad ottenere un certo miglioramento.

Nella mediastinite sifilitica la cura specifica darà grandi vantaggi: nella forma tubercolare si cercherà di porre il bambino in buone condizioni igieniche col riposo, l'elioterapia, una buona alimentazione e si somministreranno i tonici ed i ricostituenti. In certi casi, con sviluppo di tessuto infiammatorio sclerotico, si è tentato l'uso della tiosinamina, che avrebbe la proprietà di rammollire e riassorbire i tessuti di cicatrice: si preferisce la fibrolisina, una fiala da 2 cmc. tutti i giorni. GENOESE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

F. BEZANÇON. *Les bases actuelles du problème de la Tuberculose.* Gautier-Villars, éd. Paris, 1922. Pr. Fr. 7.

Nel volumetto di circa duecento pagine, che Bezançon offre ai lettori col titolo suggestivo «le basi attuali del problema della tubercolosi», le nozioni moderne e fondamentali, utili a comprendere il complesso problema della malattia, che giustamente preoccupa nazioni e popoli intieri, sono esposte con lucida e chiara sintetica trattazione. Abolito il lusso di divagazioni, il libro è alla portata di ogni persona anche di media cultura o serve bene per quei medici, che si vogliono iniziare o vogliono avere una vista d'assieme delle importanti questioni, sulle quali è costruito, il grande problema della malattia sociale. Dopo un cenno storico, la conoscenza del bacillo, il meccanismo del contagio tubercolare, i problemi che riguardano la sensibilità e le difese organiche, i principali quadri della tubercolosi coi mezzi diagnostici e curativi, sono esposti con parsimonia, con giudiziosa selezione, con chiarezza. *t. p.*

G. MENDES *Moderni mezzi diagnostici della infezione tubercolare.* Zanichelli, ed., Bologna, 1922. L. 7.50.

È una breve rassegna dei quadri clinici che la tubercolosi determina nell'uomo ed una rapida enumerazione dei mezzi d'indagine diagnostica moderna.

Per la mole del volumetto, vero letto di Procuste, nel quale l'A. ha dovuto inquadrare un materiale così vasto e così difficile, è veramente sorprendente che troppo non ne abbia sofferto la chiarezza. L'A. ha una particolare facilità a ridurre a chiara esposizione quanto per sua natura è difficile e complesso. Rassegna di volgarizzazione quindi, utile agli studiosi, che in poco tempo, vogliono mettersi, senza troppe discussioni, al corrente dello stato delle questioni. È da augurarsi che la collezione « Attualità scientifiche », riduca a più modeste proporzioni il compito degli AA. *t. p.*

CIRIELLO GIUSEPPE. *La scuola nuova nella lotta contro la tubercolosi.* — Tip. L. Guerrera. Napoli 1922. — Prezzo L. 12.

La lotta contro la tubercolosi deve essere intrapresa, avendo soprattutto riguardo all'infanzia se si vuole che riesca efficace. La scuola deve essere il campo in cui l'igienista può cogliere i migliori frutti, al suo miglioramento vanno dunque rivolti i nostri sforzi. L'A., movendo da questi principî, espone quindi le principali nozioni di igiene scolastica, trattando largamente l'argomento delle scuole all'aperto e della refezione scolastica.

Per una rigorosa selezione dei fanciulli predisposti, o con tubercolosi latente, egli ritiene utile di adottare la cutireazione obbligatoria a principio d'anno. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arte.

Adunanza ordinaria dell'11 febbraio 1922.

Ulteriori studi ematologici sopra iniezioni antistreptococciche con particolare riguardo alla patogenesi dell'encefalite letargica.

Prof. A. BERTI e dott. P. PARONA. — Gli OO., a complemento del loro studio (già pubblicato negli Atti dell'Istituto sulle modificazioni della formula ematologica nei broncopneumonici influenzali dell'epidemia del 1918 sottoposte ad iniezioni antistreptococciche), hanno esteso la stessa ricerca su altre numerose e svariate forme febbrili (tifo, malaria, tubercolosi polmonare, febbre di Malta, meningite tubercolare, ecc.).

Da questo secondo studio risulta che la grande diminuzione di globuli bianchi, sotto le iniezioni di siero antistreptococcico da essi rilevata costantemente nelle broncopneumoniti influenzali, non si è verificata nei sani, nelle malattie afebbrili e in quelle febbrili da essi studiate, fatta eccezione per l'encefalite letargica.

Gli OO. pensano che questa caratteristica analogia di comportamento della broncopolmonite influenzale e della encefalite letargica potrebbe essere forse una prova di appoggio alle vedute secondo le quali le due osservazioni avrebbero una comunanza nel microrganismo causale.

Sull'azione diuretica della tubercolina e sul trattamento dei versamenti tubercolari.

P. PENNATO. — L'O. presenta osservazioni proprie che confermerebbero gli ottimi risultati del trattamento colla tubercolina. Questo si può considerare come un derivato della autosieroterapia, ma ben più definito ed efficace. E pare inoltre che sia per i postumi, che per il tempo necessario alla cura, il trattamento tubercolinico regga bene al confronto anche cogli altri metodi.

Sul reperto di lipoidi intracellulari nel fegato grasso da fosforo.

I. SACCHETTO. — L'O. studiò sperimentalmente il comportamento dei lipoidi nel fegato di cavie avvelenate con fosforo. Dalle sue esperienze è risultato:

1) L'avvelenamento da fosforo non determina neanche nel suo periodo iniziale un aumento dei liquidi intracellulari epatici;

2) Si può avere un aumento dei lipoidi intracellulari epatici solo se all'azione del fosforo si associa quella del digiuno, oppure se il fosforo viene somministrato per via orale, perchè allora in seguito all'azione caustica e necrotica prodotta sulla mucosa gastro-intestinale del veleno non si nutre più, non digerisce, e non assimila gli alimenti, per cui si istituiscono delle condizioni che portano ad effetti simili a quelli dell'inanizione, che come è risultato da lavori precedenti dell'O. fatti in collaborazione col Salvioli, dà luogo ad una adiposi lipoidea del fegato.

Contributo allo studio della Embolia grassa sperimentale.

M. MANTOVANI. — L'O. ha cercato di precisare il rapporto che passa nella *Embolia grassa sperimentale* tra pressione circolatoria e distribuzione degli emboli. Tale rapporto era già stato osservato da altri autori, ed invocato a spiegare alcuni fenomeni relativi all'embolia; non fu però da alcuno fatto oggetto di ricerche speciali. Ne è risultato che con gli aumenti di pressione aumentano notevolmente gli emboli periferici, così che mentre negli animali a pressione normale si ha il 25-14-35 % di glomeruli embolizzati, negli animali embolizzati e sui quali abbiano agito i farmaci ipertensivi si hanno in media 66-68-56.5 % di glomeruli contenenti grasso. In una seconda serie di esperienze l'O. si propone di studiare le modificazioni che avvengono nella distribuzione degli emboli per diminuzione di pressione circolatoria.

A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Gangrena spontanea simmetrica delle mani in bambino di 14 mesi.

Khautz divide in tre gruppi le gangrene spontanee delle estremità nei bambini.

1° gangrena circoscritta della pelle del tronco e delle estremità, semplice e multipla;

2° gangrena delle estremità con necrosi della pelle ed anche delle parti periferiche più profonde;

3° gangrena nomatosa (bocca, guancie, genitali esterni).

P. Brusa («Morgagni», 1921, n. 8»), si occupa del secondo gruppo di gangrene a proposito di un caso osservato nella Clinica Pediatrica di Bologna.

Si trattava di un bambino di 14 mesi nato da parto normale, allattato dalla madre. A 10 mesi di età ammalò di morbillo cui residuò per un mese diarrea frequente.

Ai primi di novembre 1920 il bambino si lamentava di notte, era irrequieto e si sfregava le mani, come se avesse prurito. Intanto la mamma si accorse che le mani apparivano edematose e di colorito livido: presto anche i piedi prendevano l'aspetto delle mani. Tale colorito andò aumentando, le dita delle mani divennero nerastre: nei successivi giorni le ultime falangi delle mani si erano andate retraendo e come disseccando, assumendo l'aspetto ad artiglio. Nel gentilizio nessuna tara.

All'esame obiettivo, in corrispondenza degli arti superiori ed inferiori, e più degli avambracci e delle gambe, la cute ha un aspetto marmorizzato con chiazze violacee e pallide. Cianotica intensamente con chiazze rosso vivo, la cute del dorso delle mani. Le stesse alterazioni, sebbene meno intense, sulle regioni palmari. Vicino la piega del polso destro netta linea di demarcazione tra la cute dell'avambraccio e polso, poco alterata, e quella della mano. Tutta la mano appare edematosa: l'edema si arresta alla zona di demarcazione dove appaiono alcuni gruppi di vescicole ripiene di liquido siero sanguinolento. Le ultime falangi appaiono nerastre mummificate, disseccate, retratte. Le unghie lunghe e bene sviluppate sono annerite quasi in toto, meno alcune che presentano al centro una zona pallida.

La mano è fredda.

Le stesse alterazioni sono a carico della mano sinistra. Alterazioni minori a carico degli arti inferiori. Nulla a carico dell'apparato linfatico e polmonare.

All'ascoltazione del cuore: 1° tono lievemente oscuro e prolungato; 2° ben netto sui vari focolai.

Non si riesce a percepire la pulsazione radiale tanto a destra che a sinistra: si percepisce, piccola, quella dell'omerale. Pulsazioni: 140 al minuto primo, ritmiche. Pressione arteriosa a destra mm. 89, a sinistra mm. 88.

L'esame grossolano della sensibilità non dà a rilevare fatti notevoli all'infuori della provocazione di dolore alla pressione più specialmente delle mani e dei piedi.

Negativo l'esame delle urine.

Nel sangue: g. r. 3.915.000; Emoglob. 8.33 %; Val. gl. 0.88 g. b. 13.250 con aumento dei mononucleati. Presenti il 3 % di cellule del Rieder e di molti globuli rossi nucleati. Negative le altre ricerche tranne la prova sottoepidermica con soluzioni di adrenalina.

Venti giorni dopo l'entrata in Clinica le condizioni generali sono soddisfacenti, ma il processo di mummificazione guadagna a poco a poco i tessuti delle mani e si spinge verso la zona di demarcazione sempre netta. Polso radiale sempre impercettibile.

La zona di demarcazione si fa in seguito sempre più profonda e secerne materiale purulento: tutti i tessuti distali sono simmetricamente invasi da gangrena: dopo qualche settimana sono eliminati i tratti di mano necrosati. Il chirurgo aggiusta poi i monconi.

Dai vari A., quali agenti etiologici della gangrena simmetrica delle estremità, sono stati considerati numerosi fattori:

1° Malattie infettive per le quali vengono, in ordine di frequenza, la difterite, la scarlattina, il morbillo, il tifo, la lue, la sepsi ombellicale, la malaria, il tifo esantematico, la polmonite crupale, l'influenza;

2° Intossicazioni endogene (nefrite diabete), esogene (ergotismo, saturnismo, alcoolismo, ossido di carbonio, arsenico);

3° Fattori di origine nervosa: nevrosi (morbo di Raynaud; isterismo; epilessia) psicosi; lesioni dell'asse cerebro-spinale (siringomielia, tabe, paralisi spinale anteriore, compressione del midollo, pachimeningite, malatti-cerebrali varie, lesioni dei nervi periferici, spina bifida);

4° Fattori d'ordine meccanico: per insufficiente impulsione del sangue (malattie cardiache); per atresia congenita dell'apparato

circolatorio; per modificazioni di un territorio vascolare; per presenza di costole cervicali;

5° Disordini delle ghiandole a secrezione interna.

I meccanismi patogenetici si possono ridurre a quattro:

1° Trombosi delle arterie primaria (marantica, chimica, infettiva), sia secondaria (alterazioni delle tuniche vasali di natura traumatica, infiammatoria, degenerativa);

2° Chiusura embolica delle arterie con o senza trombosi;

3° Endoarterite obliterante;

4° Crampo vasale di origine nevrosica sine materia, centrale, periferica, neuritica, o per lesioni dei vasa vasorum.

La gangrena simmetrica delle estremità colpisce i bimbi in tutte le età, sebbene più frequente si riscontri nel lattante, ed egualmente ambo i sessi. Grave è la prognosi tranne nei casi in cui entri come etiologia la lues.

Scarsi sono i reperti anatomo-patologici: per lo più si sono trovati emboli, trombi, endoarteriti obliteranti, gravi alterazioni del sistema nervoso.

Il quadro presentato dal malato suddescritto, non sembra nel morbo di Raynaud perchè i fenomeni non erano comparsi in forma accessuale, e, in primo luogo, perchè era mancato lo stadio di sincope locale che caratterizza tale malattia. Nè si trattava della forma di Cassirer (Raynaud attenuato senza accessi sincopali ma con lento angiospasmo) o di fatti dipendenti da ergotismo o da stenosi vasale per costole cervicali o da emboli.

In un bambino di pochi mesi e con scarsi dati nervosi, poco probabile è anche ammettere un meccanismo di spasmo puro e semplice delle piccole arterie: non resta quindi che ammettere l'esistenza di lesioni vasali di ordine endoarteritico da mettersi probabilmente in rapporto con l'azione del virus morbilloso (esantema di cui il paziente era stato precedentemente affetto) e con l'intossicazione enterogena postmorbillosa, dando una parte importante allo spasmo vasale *a frigore*.

MONTELEONE.

Gangrena delle gambe consecutiva a intossicazione da gas illuminante.

F. Riedel narra (*Deutsche Medizinische Wochen.*, n. 20, 1921) di una donna, ventottenne, la quale a scopo suicida lasciò aperto il rubinetto del gas nella propria camera.

Soccorsa l'indomani mattina e riavutasi, non accusò alcun malessere: al 5° giorno insorge nausea, dolori addominali e poi negli arti inferiori. Questi dolori presto scompaiono a sinistra, ma persistono vivaci nell'arto inferiore destro: qui si nota la diminuzione del riflesso patellare ed una dolenzia del polpaccio.

Il giorno dopo il terzo inferiore della gamba destra ed il piede destro sono freddi, con chiazze bluastre: vi si nota scarsa sensibilità; il polso delle tibiali anteriori e posteriori è appena percettibile. Nei giorni seguenti tali fatti si accentuano: tutta la gamba è in preda a gangrena secca onde viene amputata al di sopra del ginocchio. Nel frattempo sono comparse chiazze rossastre, ipoestesiche nella faccia interna del ginocchio sinistro, nella spalla sinistra e nella regione frontale.

L'esame anatomico della gamba amputata rivelò una trombosi dell'arteria tibiale posteriore raggiungente il cavo del poplite ed una trombosi della porzione inferiore della tibiale anteriore.

È questo il secondo caso di gangrena descritto come accidente consecutivo ad intossicazione da gas illuminante. Colpisce nel caso descritto, il fatto della comparsa dell'accidente solo una settimana dopo l'avvelenamento; può questo, secondo l'A., spiegarsi ammettendo che l'ossido di carbonio, assorbito in massa dai differenti tessuti dell'organismo ed in special modo dai muscoli, sia stato a poco a poco ripreso dal sangue esercitando così un'azione nociva prolungata sulle pareti vascolari con formazione dei trombi. Di qui il consiglio di procedere il più presto possibile in un avvelenamento da gas illuminante, ad un copioso salasso per eliminare la maggior quantità di tossico in circolazione.

MONTELEONE

TERAPIA.

Il trattamento della tubercolosi polmonare nella pratica privata.

R. Burnand (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1921, n. 8) insiste sulla necessità di dare all'ammalato le indicazioni *scritte*, in modo che non sussistano nessun equivoco e nessuna dimenticanza. L'A. consiglia lo schema seguente:

1° *Generalità.* — Misurare la temperatura alle 8, 14, 18, 21; controllare il peso ogni otto giorni, trattare la tosse, espettorare in una sputacchiera; far praticare l'esame dello sputo ogni due mesi.

2° *Ordine del giorno.* — Devono essere fissate: l'ora in cui l'ammalato può alzarsi, quella della cura d'aria, della passeggiata, del ritorno in letto. Se il malato è febbricitante

deve rimanere in letto., mettendo questo vicino alla finestra (eventualmente in una terrazza) e lasciandolo fino al tramonto, se le condizioni atmosferiche lo permettono. Nel caso di tubercolosi aperta non febbrile si può regolare la giornata come segue: alzarsi ore 9 (prima colazione a letto); cura d'aria, sopra una poltrona a sdrajo, ore 10½-12; 13½-15½ (con sonno) 17½-19. Passeggiata tranquilla: ore 9½-10½; 16-17. Coricarsi ore 20½. Nei casi leggeri, si potrà far alzare l'ammalato alle 8; passeggiata o lavoro 9-11; 15½-18½; cura d'aria 11½-12½; 13½-15½; 18½-19; coricarsi ore 21½.

3° *Medicamenti.* — Il pneumotorace, l'elioterapia toracica, la tubercolina, il creosoto potranno usarsi secondariamente, dopo un'osservazione prolungata del caso, e dopo aver messo in opera la medicazione semplice seguente che consiste in *a*) *Revulsivi*: *Ventose* applicate sul torace e nei magri solo alla schiena; una o due volte la settimana (processi diffusi, con predominanza di catarro bronchiale o congestione disseminata). *Cataplasmi senapati* (focolai congestivi od evolutivi localizzati, pleurite, flegmasie pleuro-polmonari scissurali) da applicarsi ogni uno-due giorni nei casi acuti, *Mosche di Milano* (processi caseosi o fibrocaseosi estesi, focolai cronici o subacuti): da applicarsi all'estremo del focolaio (doccia scapolo vertebrale, se il focolaio è apicale, o sotto la clavicola) ogni 5-6 giorni, lasciandola per 3-5 ore. *Punte di fuoco* fine ripetute ogni dieci giorni (solo nei focolai torpidi non febbrili, già sclerosati). Frizioni con alcool canforato (800) e trementina (200); utili specialmente per il tubercoloso che traspira.

Fra i *medicamenti sintomatici*, sono da citare i *calmanti* della tosse, quando questa è assai incomoda ed infrenabile (polv. del Dover, oppure pillole con idrato di terpina cg. 10, codeina cg. 1: estratto di liquirizia q. b.): nei tisici avanzati l'eroina, la morfina, il pantopon. Gli *antitermici* si daranno solo se la febbre provoca inappetenza, serio malessere o depressione morale: l'A. consiglia la criogenina (25-50 cg. alle 10 ed alle 16) o l'albon (3 a 6 compresse): negli stati granulici le spennellature con g. ½-1 di guaiacolo (sgrassare bene la cute): e nelle ipertemie dei tubercolosi gravi, gli impacchi freddi. Fra i cardiotonici, sono utili le iniezioni di olio canforato (3-5 cmc.) e nei dispnoici subcianotici l'uso periodico prolungato di adrenalina e digitale.

Medicamenti generali. — Oltre la stricnina (per iniezioni) e gli arsenicali, l'A. consiglia la medicazione ricalcificante, facendo prendere, ai pasti, tre volte al giorno una punta di coltello di carbonato di calcio g. 50; fosfato tricalcico g. 35; magnesia calcinata, cloruro di sodio ana g. 10; questa polvere sarà sostituita d'inverno, dall'olio di merluzzo (6-10 cucchiai al giorno) negli individui che lo sopportano. Dopo 10 giorni della polvere recalcificante, prendere per altri dieci giorni la stessa dose di Tiocolo.

Schematizzando la prescrizione di medicamenti si può ordinare: ogni mattina frizione di tutto il corpo con l'alcool alla trementina, seguita da frizione con guanto di crine; applicazione, due volte la settimana di ventose su tutto il torace; a serie di 10 giorni alternati, la polvere di calce ed il tiocolo.

4° *Regime.* — Le prescrizioni d'ordine dietetico possono riassumersi così: alimentazione normale sostanziosa, non sovralimentazione, non pasti supplementari.

Nell'evenienza di *emottisi*, dare nelle forme con debolezza cardiaca e polso depresso i cardiotonici (digitale) e l'ergotina: nelle forme con polso normale, ipertensione, eretismo, la polvere del Dover (cg. 15 sei volte in 24 ore); in ambedue le forme iniezione di siero gelatinato (20-50 cmc., 2 volte al giorno). La *dispnea* si tratta bene con iniezioni di caffeina (cg. 15) e morfina (cg. 1) associate, da ripetere 2-3 volte al giorno. *fil.*

Le indicazioni operatorie del carcinoma primario della pelle.

J. Darier (*Br. Med. Journ.* 25 aprile 1922) insiste sull'importanza di fare una diagnosi esatta delle specie di carcinoma cutaneo, perchè da ciò dipende il diverso trattamento a cui debbono essere sottoposti.

Limitandosi infatti al carcinoma, egli distingue tre varietà:

1° Spinocellulari, epitelioma squamoso che è caratterizzato da lobuli; tumori composti di cellule dello strato malpighiano che subisce processi di corneificazione e dà origine a prominenze epidermiche. È comune alla bocca; il suo aspetto è dapprima di cancroide su cui si impiantano larghe ulcerazioni. Questo carcinoma che interessa rapidamente le ghiandole linfatiche ed è mortale in meno di tre anni è assai resistente alla roengeterapia, e deve essere curato solo chirurgicamente;

2° Carcinomi basocellulari (*ulcus rodens*) composto di cellule basali senza vera corneificazione. Clinicamente ha aspetti vari (epitelioma pagetoide, *ulcus rodens*, epitelioma *bourgeonant*) ed ha evoluzione assai lenta. È assai sensibile all'azione dei raggi roentgen e se è

diagnosticato in tempo è curabile con la radioterapia a grandi dosi o con tubi di radio a grandi dosi;

3° Un terzo tipo che descrive il Darier e che egli chiama epitelioma metatipico (spinobasocellulare). Benchè relativamente raro (10 per cento) non è da trascurare nella pratica. Clinicamente ha l'aspetto di basocellulari, ma un'evoluzione più rapida con interessamento delle ghiandole linfatiche tendenza a metastasi. Istologicamente è un miscuglio di basocellulari e spinocellulari. Questa specie di carcinoma trattato con la roentgenterapia non ne risente influenza alcuna. Perciò anche questo deve essere trattato chirurgicamente. Nei casi dubbi si potrebbe eseguire una biopsia per decidere sulla diagnosi e sulla cura.

MATRONOLI.

VARIA

L' Estetica del corpo.

V'ha una branca della medicina abbastanza negletta, forse anche poco conosciuta e diffusa, che merita la maggiore attenzione degli studiosi per lo sviluppo di molte cognizioni e suggerimenti sull'arte di mantenere integre, accrescere e modificare certe risorse ancora in mano all'empirismo e alla reclame ciarlatana: Intendo accennare ad un importante capitolo di Medicina Sociale, che dovrebbe occuparsi dell'Estetica del corpo con intendimenti e sistemi del tutto speciali, poichè, contrariamente a quanto forse si crede. tale disciplina appassiona ed interessa non il solo gentil sesso, ma l'umanità intera. L'Estetica del corpo può trovare esplicazione in tutti i sessi, in tutte le età, specie quando si consideri che il fattore artistico non è soltanto elemento di bellezza fisica, come sentimento intimo di vanità, ma reintegrazione del valore morale ed economico della salute umana, nè si viola od abbassa in modo qualsiasi la finalità e la maestà della scienza, quando la cosmetica entri a far parte del suo patrimonio; che anzi ne resta completata e nobilitata mirabilmente. La medicina, e l'Igiene, in special modo, hanno per obbiettivo di costantemente combattere abitudini viziose ed esiziali per la salute, lottare contro le azioni prepotenti e malefiche della natura e però hanno il dovere di opporsi ad ogni pregiudizio e redimere l'uomo da ogni miseria, migliorando la specie per darci il tipo di salute e di bellezza. Salute e bellezza. che non dovrebbero andare disgiunte, poichè l'una completa l'altra e solo per aberrazione od ignoranza si esagera con artifizii la bellezza, a scapito della salute. Maestra di tali artifizii è la donna, che possiede al sommo grado l'arte di abbellirsi, secondo la squisitezza di un gusto civettuolo e ricorre a mille espedienti, nè risparmia torture per mettere in evidenza tutte le sue grazie e nascondere i difetti, non senza sacrifizii, ripeto, e pericoli per la salute. Dal vermiglio delle labbra alla tintura ed ossigenazione dei capelli, dal nero interpalpebrale, al ferro per l'aricciatura al depilatorio, al busto, alle pillole orientali per il seno è tutto un arsenale di strumenti di ricette e di empiastri dannosi, contro cui la scienza ha il dovere di levare alta la sua voce. Essa dovrà dire pure fino a qual punto ed in qual misura bisognerà adottare l'uso dei cosmetici, detterà formole più adatte, perfezionerà abitudini e sistemi, promuoverà infine benefici e radicali provvedimenti legislativi al riguardo.

Così quello che costituisce una vanitosa ed innocua passione dell'animo umano, avrà agio di trasformarsi in forte incentivo di miglioramento individuale e collettivo e saprà darci, se non il tipo di una perfezione di forme ideali, almeno l'irrobustito, il sano. che contemperi la deformità.

Se si considera per un istante il deforme, il mutilato, per esempio, negli occhi, si comprende facilmente di quale importante ed essenziale fonte di beni morali, di sensazioni estetiche, di soddisfazioni interne, di nozioni utili al patrimonio intellettivo e spirituale sia la facoltà visiva dell'uomo; e per converso di quale somma di dolore, e di tormenti afflittivi, e di macerazione intima, e di malinconia perenne debba essere causa il deturpamento, la perdita totale ed anche parziale di essa non pure nella funzione ma nella stessa esistenza anatomica dell'organo, che più di ogni altro conferisce al volto umano la maravigliosa armonia fisiologica.

Finora la sola chirurgia con l'ortopedia razionale si è occupata di correggere deformità e difetti fisici collo studio dei trapianti, delle plastiche, dei sbrigliamenti cicatriziali, degli apparecchi correttivi; ma non ha spinto i propri beneficii al di là del fatto patologico.

Così l'Igiene senza coordinare tutti i precetti e le ricerche speciali al riguardo si è finora limitata a delle monografie in concorrenza spesso di un capriccio sociale che si appella «moda» assisa ad arbitra di Eleganza.

Eppure se a degli esperimenti si desse maggiore incremento e la moda cedesse all'Igiene creando una branca a parte, quante belle forme sarebbero ancora conservate dall'ingiuria

degli anni e difetti e stonature di viso e di corpo troverebbero la correzione in cultori appassionati e specialisti! Quante piccole mal celate vanità, anche negli uomini, potrebbero venir appagate!! D'altra parte quanta fonte di ricchezza, non ancora sfruttata dal medico, contesa da segretisti di ogni ceto, manicure, ortopedici, masseurs, ed avvisi di quarta pagina!!! Qualche nazione ha già iniziato qualche timido passo su questa via: mentre in Italia nulla ancora, se ne togli qualche Istituto di bellezza, che pur proponendosi il perfezionamento fisico e morale della persona, limita la sua competenza al puro campo estetico senza dare consigli e rimedii d'ordine medico.

Lo specialista di tale branca certo non si improvviserebbe facilmente. Egli lo scienziato artista dovrebbe sintetizzare in se quasi tutte le discipline mediche e sociali a servizio della salute come fattore ed indice di bellezza. A parte gl'interventi le correzioni di spettanza chirurgica accennate da proporre con genialità artistica, a chi avrà maggiormente intensificato questo studio, indicando metodi, opportunità e risultato estetico finale. Egli non dovrebbe trascurare per i suggerimenti opportuni l'influenza della Psiche, che dà al corpo quell'armonia e compostezza mirabile nei tratti, negli atteggiamenti, nelle espressioni.

Certe viziature pelviche, molte scoliosi, asimmetriche, deficienze di sviluppo si debbono a pose ed abitudini del tutto difettose non prevenute a tempo.

I Presidii di Terapia Fisica: Esercizi ginnastica, sport, massaggio, ecc., gli apparecchi di protesi abilmente maneggiati e coordinati collo studio del metabolismo organico mantengono quell'equilibrio nel bilancio dell'economia da evitare le diatesi, le discrasie e tutti i perturbamenti somatici, che alla salute e bellezza si oppongono.

Così le malattie di pelle, che ne modificano la freschezza, il tono, la nutrizione, per cui l'avvizzimento precoce, le discomie ed i disturbi di secrezione, ecc. In una mia nota sulle rughe, che mi propongo di pubblicare, non mancherò di accennare a certi piccoli presidii, che interessano assai l'estetica e sono ignorati.

Così il tatuaggio eseguito opportunamente potrà donare ad una macchia corneale, che stona, l'euritmia ed insieme il miglioramento ottico, certo non è questo quel tatuaggio, che imbratta la pelle del delinquente, neppure quello che la moda di oltre Oceano ha messo in onore per miniare gli scolli di miliardarie spalle.

La specialità naturalmente importa sopra tutto il dovere di approfondire, invigilare ed analizzare ciò che rappresenta l'arte di far toletta, moderandone opportunamente l'uso e promovendo l'industria di prodotti per nulla dannosi con preferenza di quelli provenienti dal regno animale e vegetale, su gli altri a base di sali metallici; questi ultimi oggi per la facilità ed opportunità di commercio infestano il mercato ordinario e finiscono col rendere sempre pessimi servigi alla cosmesi ed alla salute.

In ultimo il medico dell'Estetica deve saper fare sue tutte le pratiche di Igiene, le conoscenze di medicina in ordine a diversi fattori coordinati secondo la costituzione, le tendenze e le occupazioni individuali, l'ambiente, la tara ereditaria, la ricettività morbosa, per la conservazione e l'acquisto di quella bellezza, che suona vigoria, rendimento al successo nella lotta per la vita.

Così tracciato lo schema, sorgerebbe presto una schiera di cultori per l'incremento di studii, che finora poco interessamento hanno destato ed il risveglio di una sana coscienza igienica non mancherà di rendere fecondi gli sforzi di quei generosi pionieri di una medicina innanzi a cui nuovi orizzonti e nuovi ideali si vanno delineando.

Sparanise (Caserta), 26 maggio 1922.

Dott. FRANCESCO GRANDE.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MONTI GIUSEPPE, ZILOCCHI ALBERTO. *Endemia pellagrosa nella provincia di Bergamo.* Bergamo, F.lli Bolis, 1921.

MORLEY FLETCHER. *Diumas somnolence and nocturnal wakefulness as manifestations of Lethargic Encephalitis.* — London, Adlard and Sons Ltd., 1921.

MUGGIA ALBERTO. *Contributo alla cura della peritonite tubercolare nei bambini.* — Milano, 1920.

PASSINI ROBERTO. *Guaribilità e curabilità della tubercolosi.* — Milano, 1920.

PERI ALESSANDRO. *Di un caso di morte improvvisa di un operaio sul lavoro per rottura di aneurisma aortico.* — Pisa, 1920.

PIAZZA V. CESINE. *Chemioterapia antitossica. I Fenolipoidi.* — Palermo, Scuola Tip. «Boccone del Povero», 1920.

PIGHINI GIACOMO. *La Chimica patologica del cervello in alcune malattie ad esito demenziale.* — Genova, 1920.

PIGHINI GIACOMO. *Ricerche sulla costituzione chimica del cervello nella demenza precoce.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L' Istituto Svedese per lo studio biologico delle razze.

Fervente apostolo delle indagini biologiche sull'uomo, dirette al miglioramento della razza è in Svezia il dott. Herman Lundborg, che da oltre vent'anni lavora allo scopo di dimostrare l'importanza e l'utilità di queste ricerche. Dopo molti contrasti, egli è riuscito a fare approvare dalle due Camere il progetto di fondazione dell'Istituto di biologia e di eugenica con la dotazione di 60,000 corone svedesi per il 1922, e la sua equiparazione a professore universitario. (*Acta medica scandinava*, 22 aprile 1922).

Il Consiglio direttivo risulta composto dallo stesso Lündborg, direttore, da H. Hammarskjöld. Lord Lieutenant, da A. af Jocknick, direttore del comitato per le pensioni, da Fr. Lennmalm, rettore dell'Istituto Karolinska, dalla sig.ra Emilia Broomé, da J. V. Haltkrantz, professore di eredità, da H. Nilsson-Ehle, professore di anatomia. Come personale assistente, vi si trovano un perito in statistica, che è anche archivista e vice-direttore, un assistente medico, un assistente antropologo, una vice-assistente (lavoratrice sociale), un fotografo.

L'Istituto ha lo scopo di studiare la biologia della razza, e tende a proteggere il popolo dalla degenerazione, a mettere in valore le qualità della sua razza, ed a farlo crescere ogni giorno sempre più forte. Si cercherà quindi di analizzare e chiarire tutte le condizioni relative all'eredità ed ambiente, le quali sono la causa dell'innalzamento e dell'abbassamento del valore intrinseco di una nazione.

Parte importante è lo studio della famiglia, — la vera base della nazione — e specialmente della sua qualità biologica e delle leggi e circostanze, che ne favoriscono o ne ostacolano lo sviluppo. Tale studio è facilitato nella Svezia sia per il fatto che trattasi per lo più di una razza pura, sia perchè i registri anagrafici sono tenuti molto bene, sia perchè il livello generale della coltura è elevato. Non si deve però pensare che la biologia della razza si riduca ad una questione medico-ereditaria, essa è anche una disciplina medico-sociale e va considerata come una branca delle scienze sociali. Però l'eredità è il filo conduttore che sarà di grande aiuto.

È poi necessario di tracciare una carta antropologica, medico-demografica, inaugurando un nuovo modo di studio a fianco del vecchio. L'Istituto ha già compiuto notevoli studii per il nord della Svezia tracciando tavole genealogiche ed ancestrali degli abitanti di tutti i villaggi ed anche dei Lapponi nomadi; ha intrapreso l'esame di tutti gli abitanti dal punto di vista della biologia della razza ed intende di poter dare fra pochi anni la monografia completa della provincia, procedendo poi analogamente per le altre. Questioni particolari di notevole importanza sono poi quelle riguardanti le conseguenze delle miscele di razza, le cause della elevata mortalità per tubercolosi, la demografia, morbosità, ecc. dei Lapponi e dei Finni.

Il programma di lavoro per l'avvenire, è assai vasto e comprende le ricerche sull'eredità (genetica) l'antropologia, la genealogia e statistica, la patologia e medicina. Un istituto completo e moderno per la biologia della razza (quello attuale non è che un magro esempio) dovrebbe essere suddiviso nelle branche seguenti: 1) medica-genealogica-statistica; 2) antropologica (compresa la biologia criminale); 3) sperimentale, sia biologica che patologica; 4) museo dell'eredità.

Istituti analoghi dovrebbero sorgere in tutte le nazioni civili (J. Klaus in Svizzera ha dato per tali investigazioni circa un milione di franchi) per contribuire al miglioramento ed alla maggior vitalità dei popoli, che unitamente al contributo per la civilizzazione, sono le vere misure dell'importanza di una nazione. *fil.*

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Napoli*: Dottori: Sepe Achille, Afragola — Cuccurullo Giuseppe, Torre Annunziata — Biondi Lorenzo, Marano — De Leo Raffaele, Casoria — Lamagna Giuseppe, San Giovanni a Teduccio — Palumbo Luigi, Giugliano — Sorrentino Beniamino, Napoli — De Magistris Carlo, Mugnano — Cicala Vincenzo, Melito — De Rosa Ettore, Arzano — Eschera Pasquale, Villaricca — Ricciardi Vincenzo, San Pietro a Patierno — Abagnale Donato, Gragnano — Oliva Carlo, Boscoreale — Cimmino Domenico, Somma Vesuviana — D'Amodio Carmine, Sant'Antimo — Martirani Domenico, Pianura — Migliaccio Francesco, Forio d'Ischia — Muscogiuri Pasquale, Castellamare di Stabia — Bile Tommaso, Napoli — Romano Raffaele, Pomigliano d'Arco — Fontana Nicola, Frattamaggiore — Libertini Antonio, Caivano — Barone Luca, Sant'Anastasia — Cantore Achille, Poggiomarino — Langella Francesco, Barra — Fontana Benedetto, Casalnuovo — Scherillo Mario, Soccavo — Pacillo Ernesto, Grumo Nevano — Radice Giovanni, Napoli — Grassi Arturo, Secondigliano — Astarita Vincenzo, Piano di Sorrento — Laloè Eduardo, Resina — Marasco Raffaello, Ponticelli — Gervasio Crescenzo, Torre del Greco — Simonelli Luigi, Napoli.

Provincia di *Grosseto*: Dottori: Prof. Memmi Guglielmo, Grosseto — Niccolini Giovanni, Casteldelpiano — Franconi Carlo, Montargentario — Zeppeni Ugolino, Massa Marittima — Carosi Augusto, Orbetello — Mangiaracina Domenico, Castiglione della Pescaia — Martini Giacomo, Magliano Toscana — Bonacchi Luigi, Santa Fiora

De Luca Attilio, Castellazzara — Martelli Pier Nello, Grosseto — Salvestroni Guido, Grosseto — Fratini Tommaso, Manciano — Vecchioni Giovanni, Montieri — Frigenti Ernesto, Pitigliano — Federici Antonio, Roccalbegna — Marzano Pasquale, Scansano — Simoni Luigi, Gavorrano — Nisi Francesco, Campagnatico — Paganesi Lorenzo, Campagnatico — Motti Giuseppe, Cinigiano — Passalacqua Francesco, Cinigiano.

Provincia di *Chieti*: Dottori: Ernesto De Vincentis, Casoli — Silvio Travaglini, Casoli — Alfredo De Cristofaro, Monteodorisio — Giovanni Giammaria, Pescara — Donato De Mia, Scerni — Raffaele Giacomucci, Vasto — Di Giorgio Vincenzo, Casoli — Paolo Pellicciotti, Chieti — Raffaele Spinelli, Roccascalegna — Giovanni De Marco, Atessa — Anchise Mucci, Pollutri — Giuseppe De Letti, San Valentino — Alfonso Pietrantonio, Castiglione Messer Marino — Felice Sulmonetti, Pietraferrazzana — Ferdinando Cipollone, Lanciano — Francesco D'Ambrosio, Garunchio.

Provincia di *Brescia*: Dottori: Molinari Tosatti Pio, Brescia — Frigotto Candido, Palazzolo sull'Oglio — Lovisetti Giovanni, Barbariga ed Uniti — Marcolungo Ruggero, Bedizzole — Masseroli Attilio, Castenedolo — Volpi Giuseppe, Manerbio — Baratozzi Archimede, Montichiari — Stefini Ettore, Torbole Casaglio — Zanini Villiane, Leno — Capponi Pio, Rudiano ed Uniti — Torri Giuseppe, Travagliato — Sardo Pasquale, Bagnolo Mella — Dossena Luigi, Bagolino — Donini Giov. Battista, Bassano Bresciano — Cò Ottavio, Borgo San Giacomo ed Uniti — Brescianelli Lodovico, Ceto ed Uniti — Castiliego Giuliano, Comezzano ed Uniti — Fasani Ernesto, Dello ed Uniti — Morini Giacomo, Mairano ed Uniti — Contratti Giov. Battista, Pedergnaga ed Uniti — Rinaldi Aldo, Vobarno — Baronchelli Camillo, Alfianello — Morosini Giacomo, Angolo ed Uniti — Napoleone Aurelio, Botticino Sera — Morono Giuseppe, Cellatica — Aimone Luigi, Gardone Val Trompia — Bertini Vittorio, Gottolengo — Zuccoli Giov. Maria, Iseo — Calini Cesare, Lograto ed Uniti — Rizzo Antonio, Mazzano ed Uniti — Poggiani Guido, Montirone — Botti Pellegrino, Nuvolento ed Uniti — Broli Giampietro, Offlaga ed Uniti — Ghidoni Giovanni, Orzivecchi ed Uniti — Lodi Luigi, Padenghe ed Uniti — Carcano Vittorino, Pompiano ed Uniti — Arici Francesco, San Gervasio Bresciano — Mensi Giovanni, Visano ed Uniti — Gestro Gian Lugi, Zone — Granata Gaspare, Carpenedolo — Graziano Raffaele, Ghedi — Corti Mario, Rivoltella — Piotti Nicola Livio, Rodengo ed Uniti — Arrighi Ferruccio, Calcinato — Crovetti Ettore, Calcinato — Bardella Cirillo, Chiari — Mondini Carlo, Chiari — Artifoni Giacomo, Chiari — Mondini Francesco, Pontevico — Milanesi Giuseppe, Pontevico — Ferrara Manfredi, Clusane sul Lago ed Uniti.
vico — Milanesi Giuseppe, Pontevico.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9527) *Tassa di ricchezza mobile.* — Dott. G. G. da P. O. V. — Sullo stipendio dello interino, tuttocchè corrisposto a giorni, è dovuta la tassa di R. M. La trattenuta del Comune non è, quindi, illegale.

(9528) *Concorso - Validità.* — Dott. G. R. da R. — Il servizio interinale è efficace a produrre la esenzione dal limite di età nei pubblici concorsi per la nomina del medico condotto. Il concorso, cui Ella ha preso parte, è valido ed Ella può accettare il posto senza esitanza.

(9529) *Stabilità - Modalità per acquistarla.* — Dott. abbonato 4023. — La stabilità si acquista *oper legis*, senza bisogno di speciali deliberazioni del Consiglio Comunale o della Giunta.

(9531) *Aumenti sessennali.* — Dott. G. B. da B. — Nel Capitolato redatto nel 1920 avrebbe dovuto essere inserito un articolo per stabilire la decorrenza dei quinquennii. Allo stato attuale bisogna stabilire un primo sessennio nel 1921, perchè il servizio interinale non conta, ed il primo quinquennio nel 1926. L'aumento va commisurato sempre non sullo stipendio iniziale, ma bensì su quello che attualmente si percepisce già aumentato di un decimo.

(9532) *Esercizio professionale all'estero.* — Dott. A. S. da R. — Tranne che negli Stati Uniti e nella Repubblica Argentina, in tutti gli altri Stati di America si può esercitare la professione medica con la laurea conseguita presso una delle Università del Regno.

(9534) *Indennità caro-viveri.* — Dott. V. C. da S. — Il Decreto Luogotenenziale del 3 marzo 1918, accorda una indennità suppletiva alle persone di famiglia. Tale indennità è pure accordata dal successivo R. Decreto-legge del 3 giugno 1920, n. 737, che non risulta ancora applicato al personale degli enti locali. Per il decreto del 3 marzo compete la indennità suppletiva per un solo figlio, essendo i due primi nati, già maggiori di età. Per il decreto del 3 giugno 1920 compete la indennità suppletiva a 4 figlioli, essendo egualmente scartati i primi due perchè maggiori di età. Per controllare se la somma stanziata in bilancio sia giusta occorre conoscere l'intero esatto stato di famiglia, con la indicazione se ammogliato o vedovo.

(9535) *Concorsi per la nomina del medico condotto.* — Dott. C. S. da V. M. — Non vi è diritto di conoscere le ragioni per cui un candidato sia stato escluso da un concorso per la nomina del medico condotto, non essendovi all'uopo alcuna disposizione nella legge e nel regolamento sanitario. L'unico diritto che si ha, è quello sancito dal capoverso ultimo dello articolo 35 del regolamento sanitario, che è quello di conoscere la graduatoria dei concorrenti.

(9536) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. N. G. da S. — Il compenso per i certificati primo ed ultimo in caso di infortunii, è di lire 5.00. Pei certificati intermedii il compenso di lira 1.00 per ognuno. Il tutto come dal D. R. 2 ottobre 1921, n. 141.

Dott. JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALTIDONA (*Ascoli Piceno*). — Concorso per apertura di *farmacia*. Farmacia unica; con sussidio annuo di L. 3000 oltre all'uso gratuito del locale e degli stigli. Laurea in chimica e farmacia o diploma in farmacia. Certificato di non essere interdetto, fallito od inabilitato, di iscrizione nell'Ordine, di moralità, oltre ai soliti. Il Comune conta 1334 abitanti. Domande alla R. Prefettura di Ascoli entro il 15 settembre.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scadenza 31 agosto. Documenti di rito, più Stato di Famiglia. Stipendio 6000; aumen. provvisorio di lire 1800. Indennità cav. L. 3400. Bicic. 1000; indennità malaria L. 1500; due indennità caro-viveri; aumenti periodici quadriennali; assicuraz. contro gli infortuni professionali.

GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Abitanti 4177. Una delle due condotte. Stipendio L. 7000 lorde per 2000 poveri; L. 1.50 per ogni povero eccedente; 5 quadrienni del decimo; L. 500 per servizio di ospedale e di ambulatorio; L. 150 per la supplenza reciproca. Fra i documenti, situazione di famiglia, certificato di sana costituzione, iscrizione all'Ordine. Scadenza 31 agosto.

LETTOMANOPPELLO (*Chieti*). — Abitanti 2400 con circa 48 famiglie povere. Stipendio per residenza L. 4000, cura poveri L. 500, uff. san. L. 500; c.-v., 4 quinquenni del decimo. Per le visite in campagna spese di cavalcatura a carico del Comune o degli abbienti. Età non superiore a 30 anni salvo le eccezioni dell'art. 27 regolam. san. Scadenza 3 settembre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — È aperto il concorso pubblico per titoli ed esami a 4 posti di medico chirurgo assistente interno collo stipendio annuo netto di L. 4,500; coll'alloggio ed il vitto nell'Ospedale secondo il dietetico stabilito dal Consiglio e coll'obbligo dell'orario giornaliero di servizio dalle 8 alle 12 e dalle 15 alle 18, e del pernottamento in Ospedale secondo le prescrizioni che verranno impartite in proposito dalla Direzione Medica ed alle condizioni dei vigenti regolamenti sanitario ed amministrativo di questi Istituti.

Compiuto il biennio di servizio gli Assistenti interni in ordine di anzianità passeranno ad occupare i posti di Assistente ordinario che si fossero resi vacanti collo stesso stipendio di L. 4,500 — aumentabili a L. 4,800 — dopo il 5° e a L. 5,000, dopo il 10° anno di servizio.

Le istanze di concorso stese in carta da bollo da una lira dovranno essere presentate all'Ufficio di Protocollo del Consigio Ospitaliero in via Ospedale, 5, non più tardi delle ore 16 di martedì 31 ottobre 1922 coll'indicazione del nome, cognome, paternità e domicilio dell'aspirante e corredate, oltre che dagli eventuali titoli scientifici e di carriera, dai seguenti documenti che, ove occorra, dovranno essere debitamente legalizzati:

1) Certificato di nascita, dal quale risulti che il concorrente abbia un'età non minore di 21 e non superiore ai 39 (a sensi dell'art. 135 del Regolamento sanitario interno 13 luglio 1910 e del Regio Decreto 18 settembre 1919, n. 1825); 2) Certificato di cittadinanza italiana; 3) Certificato penale; 4) Certificato di buona condotta; 5) Certificato riguardante lo stato di famiglia; 6) Certificato di laurea in medicina e chirurgia ottenuta in una Università del Regno.

I certificati di cui ai n. 3, 4 e 5, dovranno essere di data non anteriore d'un mese a quella del presente avviso di concorso.

Tutti i concorrenti dovranno prima dell'esame subire la regolare visita medica d'ufficio, nei giorni e nelle ore che verranno loro indicati.

L'esame per il posto di assistente interno è pubblico e consta: *a*) della relazione anamnestica e del rilievo somatico di un malato; *b*) di una autopsia; *c*) di una prova di chimica clinica e di una di microscopia e di batteriologia clinica descrivendone la tecnica.

Per ulteriori informazioni i concorrenti potranno rivolgersi alla Direzione Medica degli Istituti Ospitalieri.

SOAVE (*Verona*). *Congregazione di Carità*. — Concorso al posto di medico chirurgo direttore dell'Ospedale S. Giovanni Battista. Stipendio 4000; inden. c.-v. 2000. Scadenza 20 agosto.

Medico condotto, Colline Pisane — luogo villeggiatura — costretto chiedere aspettativa speciale tre mesi per studî — cederebbe condotta durante trimestre settembre-ottobre-novembre. Per trattative rivolgersi al dott. G. M. N., Fermo posta a Badia di Settimo (Firenze).

Medico laureato da 12 anni, perfezionato in ostetricia, dermosifilopatica e malattie dei paesi caldi, pratica privata e ospitaliera, accetterebbe interinato purchè lungo e probabilità di nomina stabile. Scrivere al sig. Gasperi, via Pecori, 6 - Firenze.

Medico-chirurgo, trentenne, buone graduatorie concorsi, cerca interinato, rimunerativo, salubre, ovunque, di lunga durata, pel 10 settembre, escluse condotte piene. Dirigere offerte per telegrafo od espresso: dottor Giandomenico Piermarini - Bellegra (Roma).

È prorogato al 30 settembre il concorso indetto con avviso del 17 maggio per la nomina del medico scolastico del Comune di Novara e per quella del medico supplente delle condotte di Lumellogno e Pernate.

Diffide. — Osiglia (Genova). Trissino 2° (Vicenza). Trasquera (Novara).

Tutti i concorsi della provincia di Perugia sono diffidati, dall'Associazione N. M. C., ivi compreso quello di Falero già annunciato.

Boicottaggi. (Alessandria) Carezzano inf. (Aquila) Celano. (Brescia) Sarezzo, S. Eufemia della F., Consorzio Ceto-Cilimbergo-Paspardo. (Catanzaro) Caccuri. (Perugia) Poggio Mojano, Pietralunga, S. Anatolia di Narco-Scheggino. (Udine) San Giorgio di Nogaro.

POSTI DI STUDIO.

PISA. *R. Università.* — È aperto il concorso al *posto di perfezionamento Giov. Batt. Queirolo* presso la Clinica Medica, per un anno dal 1° novembre 1922, con possibilità di conferma per un altro anno a termini dell'art. 5 dello Statuto di Fondazione. Il vincitore del concorso avrà l'obbligo della frequenza presso detta Clinica allo scopo di perfezionarsi negli studi di Clinica Medica e godrà un assegno annuo di L. 3600, al lordo delle imposte, pagabile a rate mensili anticipate su presentazione del certificato di profitto del Direttore della Clinica. Possono concorrere al posto i laureati in medicina e chirurgia di tutte le Università del Regno, i quali non abbiano più di due anni di laurea a datare dal 1° agosto 1922. Il concorso è per titoli, ma in caso di parità di merito fra concorrenti, la Commissione giudicatrice ha facoltà di indire un esame. I concorrenti dovranno presentare entro il 30 settembre prossimo, domanda in carta da bollo da L. 1.20, al Rettore, corredata dai seguenti documenti in carta bollata e debitamente legalizzati: *a)* Certificato di nascita; *b)* Stato di famiglia; *c)* Certificato generale degli studi universitari, dal quale risultino le votazioni conseguite nei singoli esami speciali ed in quelle di laurea e la data di quest'ultima: *d)* Tutti quegli altri titoli e documenti atti a comprovare speciali attitudini per gli studi medici.

Concorsi a premio del R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti

proclamati nell'adunanza del 18 giugno 1922.

PREMIO DI FONDAZIONE BALBI-VALIER
per il progresso delle Scienze med. e chirurgiche.

Sarà conferito un premio d'italiane lire 3000 all'italiano «che avrà fatto progredire nel biennio 1921-1922 le Scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio».

Il premio è per concorso. Scadenza 31 dicembre 1923. Il premio non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto.

PREMIO DI FONDAZIONE ANGELO MINICH.
Concorso pel triennio 1922-1924.

«Apportare nuovi contributi allo studio dell'influenza che il sistema endocrino esercita sullo scheletro».

Il concorso resta aperto a tutto il 31 dicembre 1924. Il premio è di lire 5000.

Discipline relative al premio di Fondazione Minich.

Al concorso non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le Memorie dovranno essere scritte in lingua italiana. Le altre discipline inerenti alle modalità di questo concorso sono comuni a quelle dei concorsi di Fondazione Querini e di Fondazione Cavalli.

Concorso per l'anno 1923.

Tema proposto nell'adunanza ordinaria 21 aprile 1921: «Gian Vincenzo Pinelli a Padova e la sua biblioteca».

Il concorso rimane aperto fino al 31 dicembre 1923. Il premio è di lire 4000.

PREMIO DEL R. ISTITUTO VENETO (FONDAZIONE ANGELO MINICH) COL CONCORSO DEL SIG. L. C. COTTENET.

Concorso riproposto nell'adunanza del 13 maggio 1920.

Il concorso, *riservato ai soli cittadini italiani,* è per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati.

Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1922. Al premio di lire 10,000 assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire 5000 per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di L. 15,000.

Avvertenza generale. — L'importo della tassa di Ricchezza mobile è a carico dei premiati.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. comm. Ercole Scabia, primario e direttore sanitario dell'Ospedale Civile di Bassano Veneto, con decreto del 7 luglio 1922, è stato nominato Grande Ufficiale della Corona d'Italia per benemerenze professionali.

Il dott. Giuseppe Altana, ufficiale sanitario di Reggio Emilia, di cui ricordiamo fra l'altro un pregevole studio sulle condizioni delle abitazioni di Reggio Emilia, con recente decreto è stato abilitato alla libera docenza per titoli in Igiene e Polizia medica, presso la R. Università di Modena. Congratulazioni.

Il dott. Carlo Bruni, ufficiale sanitario di Francavilla al Mare, su proposta del Ministro dell'interno è stato nominato commendatore della Corona d'Italia.

Rallegramenti cordiali.

Al prof. Luigi Manfredi, è stata conferita la medaglia al merito della Sanità pubblica per le benemerenze acquisite durante la guerra, fra cui specialmente la creazione dell'Istituto dei Mutilati.

Nelle Università tedesche.

A successore di M. Verworn, nella cattedra di Fisiologia dell'Università di Bonn, è stato scelto il prof. W. Trendelenburg, ordinario di fisiologia nell'Università di Tübingen, noto per una larga serie di lavori sulla fisiologia del cuore, degli organi, dei sensi e sulla fisiologia comparata del sistema nervoso.

"V. I. M.,,
Viaggio d'istruzione per medici alle stazioni termali d'Italia.

La grande opportunità dell'iniziativa presa dall'ENIT, quella di far conoscere ai medici italiani le nostre Stazioni idrominerali, mediante viaggi d'istruzione periodici a gruppi di essi, è stata trionfalmente dimostrata dal pieno ed incontrastato successo del primo V.I.M. svoltosi nella prima quindicina di luglio.

Diamo una succinta cronaca di questo viaggio che segna veramente il principio di una nuova èra per lo sviluppo delle magnifiche città d'acque italiane, per la prosperità delle quali occorre anzitutto suscitare l'interessamento diretto della classe medica e provocare il contributo costante e cosciente della sua attività specifica; nè essi potrebbero essere mantenuti desti e fecondi, se ai medici manchi quella conoscenza personale delle cure idrominerali, degli stabilimenti, dell'ambiente, che consenta loro di valersi, con adeguata nozione di causa, delle incomparabili risorse crenoterapiche onde il nostro Paese è, più di ogni altro, ricco.

L'ENIT ha curata l'organizzazione del viaggio anche nei più minuti particolari, in modo che esso si svolgesse con assoluta regolarità e con ogni *comfort* per partecipanti, limitandone in pari tempo la quota d'iscrizione ad una cifra assai modesta. Questa infatti fu potuta fissare in L. 450, grazie alle rilevanti facilitazioni per le spese di soggiorno offerte nelle diverse località, in alcune delle quali — anzi — il trattamento fu del tutto gratuito: e ciò sta a dimostrare il tangibile favore da cui l'iniziativa dell'ENIT fu accolta nelle Stazioni visitate.

Il viaggio venne effettuato in un treno speciale, composto di 4 vetture di prima classe e 2 bagagliai, ottenuto dalle Ferrovie dello Stato con forte riduzione di tariffa. In ogni località i medici del V.I.M. vennero alloggiati nei migliori alberghi. Il servizio dei bagagli fu particolarmente curato; in modo da evitare ai medici qualsiasi noia o disagio, ed infatti esso funzionò ovunque perfettamente: così pure il recapito della corrispondenza fu sempre pronto e rapidissimo.

La perfetta organizzazione venne continuamente constatata dai partecipanti al V.I.M. i quali tennero a manifestarne ripetutamente la loro piena soddisfazione con elogi cordialissimi.

Il treno speciale del V.I.M. mosse da Firenze alla volta di Bagni di Montecatini il 3 luglio mattina alle 6.55, con 150 medici. La direzione del viaggio era stata affidata dall'ENIT al suo delegato prof. comm. Guido Ruata, assistito dal cavalier Augusto Crova e cav. Gino Massano, pure dell'ENIT; vi prese pure parte il comm. ing. Leonardo Ermolli, della Direzione Gener. delle F. S., l'opera vigile del quale fu uno dei maggiori coefficienti del successo del V.I.M.

Ai partecipanti al V.I.M. era stato distribuito un elegante opuscolo, contenente l'itinerario, il programma dettagliato del viaggio e l'elenco degli inscritti, nonchè un artistico distintivo-ricordo.

A *Bagni di Montecatini* fu trascorsa la giornata del 3 luglio. Al mattino i medici udirono dalla dotta parola del sen. prof. Queirolo — l'insigne direttore sanitario delle Terme — una illustrazione lucida, pratica, completa delle cure di Montecatini, alla quale seguì la visita agli stabilimenti che suscitarono in tutti la più viva ammirazione ed il più profondo interesse. Montecatini, infatti, non solo possiede impianti di cura che la pongono al primissimo rango fra le grandi città d'acque cosmopolite, ma sta attuando un programma di trasformazione che sarà in breve un fatto compiuto, per cui possederà i più ricchi e perfetti stabilimenti che esistono. In serata, dopo un ricevimento al Comune, ebbe luogo un banchetto nel quale parlarono applauditissimi il prof. Queirolo, il comm. Schweiger, il valoroso amministratore delegato della Società Esercente le Terme, il comm. Oro, Direttore generale dell'ENIT, il prof. Devoto ed altri.

A *Bagni della Porretta* i medici furono ricevuti alla stazione dalla popolazione festante con a capo le autorità locali. Le cure porrettane, d'antica fama e d'incontrastato pregio, vennero illustrate dal prof. Domenico Majocchi che svolse una magistrale conferenza sulle proprietà dermatoterapiche di quelle acque solforose, dal prof. Carlo Lotti che ne delineò la crenoterapia generale, dal prof. Andrea Corsini che trattò il lato igienico, dal prof. Gustavo Gasperini che espose la interessante geoidrologia di Porretta con profonda brillantissima parola. Al pranzo della sera parlarono fra grandi applausi il comm. Puccini, presidente del Consiglio di amministrazione delle Terme, il prof. Ruata per l'ENIT ed i medici del V.I.M., il medico provinciale di Bologna, prof. Tavernani.

Il 4 luglio i medici erano a *Riolo,* ricevuti festosamente dalle autorità e dalla popolazione, ove ascoltarono una esauriente lezione dimostrativa del senatore prof. Pietro Albertoni e quindi visitarono i molteplici impianti di quella importante stazione termale. Dopo una colazione, a cui intervennero anche le autorità locali e della provincia, i medici ripartirono per *Salsomaggiore* giungendovi a sera.

Quivi la conferenza medica venne tenuta il 6 luglio dal prof. Luigi Zoja, che trattò della crenoterapia salsese con una mirabile esposizione pratica, chiara, completa. Seguirono le visite agli stabilimenti termali fra cui il monumentale «Lorenzo Bezieri», che supera oggi in magnificenza estetica e per la moderna perfezione degli impianti tutti gli stabilimenti congeneri dell'Italia e dell'estero, durante le quali fu praticamente dimostrata la tecnica delle differenti cure termali: vennero visitati pure il *Sanatorium,* lo stabilimento dell'Opera Pia Catena, lo Stabilimento militare, l'Istituto medico. Al banchetto si trovarono riuniti coi medici tutte le autorità e personalità di Salso: numerosi brindisi, fra i quali quello del comm. Rebucci, segretario capo del Comune per l'Amministrazione municipale, del prof. Cattaneo, per l'Associazione medica; del dott. Montanari, che offerse come ricordo al prof. Ruata, a nome dei

medici del V.I.M. un bellissimo dono, del professor Ruata, del signor Alfieri, per la stampa; dell'ing. Turilli, Direttore degli Stabilimenti.

Il 7 luglio fu visitata *Sirmione*, ove pure le accoglienze furono festosissime. Il dott. Rodolfo Finali illustrò, in una felicissima conferenza, le acque minerali e le cure di Sirmione, quindi condusse i medici alla visita dello stabilimento e della sorgente nel lago. Anche a Sirmione ebbe luogo un animato banchetto con brindisi del dott. Finali, prof. Ruata, il Sindaco, il Presidente della Società delle Terme, i dottori Tucci e Cornacchione.

Il V.I.M. giungeva il mattino dell'8 luglio a Tavernelle d'onde i medici furono trasportati a *Recoaro* con una colonna di autobus. Di Recoaro stazione idrominerale e climatica parlò brillantemente il prof. Luigi Lucatello che guidò pure i medici alla visita delle fonti e dello stabilimento. Nel pomeriggio venne effettuata una escursione attraentissima a Campogrosso sulle antiche linee di guerra a 1500 m., ove passava il vecchio confine. Al banchetto della sera parlarono fra applausi il conte Lonigo, presidente della Società esercente le fonti, il prof. Ruata, il Sindaco, il dott. Oriani per l'Ordine dei medici, il prof. Lucatello, il prof. Crosara con felicissima improvvisazione in vernacolo veneto.

La mattinata del 9 fu trascorsa ad *Abano* ove, dopo una conferenza illustrativa del prof. Luigi Peserico densa di erudizione e ricca di dati pratici, vennero visitati gli stabilimenti *Orologio* e *Todeschini* e le sorgenti del Montirone. Il comm. A. Sacerdoti, proprietario delle Terme, offrì ai medici del V.I.M. la più signorile ospitalità.

Alla sera i medici giunsero a *Roncegno* ove nel magnifico salone dei festeggiamenti del Grand Hôtel ebbe luogo un banchetto a cui assistevano le autorità locali, quelle della provincia ed ospite desideratissimo, il sindaco di Trento. La cordiale riunione diede occasione, all'ora dei brindisi, ad una imponente dimostrazione di italianità: parlarono fra grandi acclamazioni, inneggiando a Roncegno risorta prodigiosamente dalle rovine della guerra per l'energia e il forte volere dei suoi uomini, il prof. Viola, il prof. Ruata, il cav. Giovanni Froner — artefice primo della restaurazione degli stabilimenti — il Sindaco di Trento, fatto segno a commoventi ovazioni, il Commissario Civile di Borgo di Valsugana, in rappresentanza di S. E. Credaro, il Presidente dell'Ordine dei medici trentini dott. Gherardi, il dott. Cornacchione.

Il giorno seguente il prof. Giacinto Viola, l'illustre clinico di Bologna e direttore sanitario delle Terme, tenne una conferenza veramente mirabile per dottrina, efficace per gli insegnamenti pratici tutta pervasa di profondo ed acuto spirito critico, la quale costituì uno degli episodi più salienti del V.I.M. Ad esso fece seguito la visita allo stabilimento di cura, a quello d'imbottigliamento ed alle sorgenti.

Nel pomeriggio i medici passarono a *Levico* ove ascoltarono una chiara esposizione medica del dott. Gazzoletti, per poi procedere alle visite degli stabilimenti che continuarono anche il mattino dopo: una parte dei medici visitò pure Vetriolo. Al pranzo di gala regnò la consueta cordialità e furono pronunciati brindisi dai Sindaci di Levico e di Trento e dal prof. Ruata.

Alle 13 del giorno 11 il treno speciale partì per Trieste ove i medici furono riuniti a pranzo al Grand Hôtel Savoia per poi continuare in serata il viaggio per Portorose su un piroscafo speciale.

Il mattino del 12 tenne un'interessante conferenza il prof. Signorelli, direttore dello Stabilimento idrominerale di Portorose; seguì la visita dello stabilimento e quindi la colazione, alla fine della quale parlarono il prof. Ruata e parecchi medici i quali con espressioni di sentito entusiasmo inneggiarono al successo del V.I.M. e all'ENIT che lo aveva mirabilmente organizzato.

La comitiva si sciolse nel pomeriggio a Trieste.

Questa la cronaca del primo V.I.M. Di esso sarà pubblicata in volume dall'ENIT una relazione dettagliata con il testo delle conferenze e illustrazioni. Il successo veramente superiore ad ogni aspettativa del viaggio conforterà, ne siamo certi l'ENIT a continuare per questa via istituendo l'anno venturo il secondo V.I.M. della serie, a cui è facile prevedere uno svolgimento non meno trionfale del primo.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di maggio 1922.

MALATTIE	1 7 maggio		8 14 maggio		15-21 m-ggio		22-28 maggio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	141	732	147	1230	146	1050	172	179
Scarlattina. .	70	165	51	129	77	167	49	115
Vajuolo e vajoloide . . .	1	2	—	—	2	2	7	13
Tifo addominale . . .	76	130	89	143	93	168	90	151
Difterite e croup . . .	111	173	101	151	106	171	106	145
Meningite cerebro-spinale	1	1	1	1	3	3	2	2
Dissenteria	2	3	—	—	—	—	1	1

Tifo petecchiale, colera asiatico, peste bubbonica: nessuna denunzia.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la profilassi delle infezioni.

In vista delle condizioni sanitarie dell'estero e specialmente del bacino del Mediterraneo il Presidente del Consiglio dei Ministri ha richiamato testè in Italia tutta l'attenzione dei Prefetti del Regno sulla necessità imprescindibile che i servizi profilattici comunali vengano tenuti in piena efficienza, che i sanitari segnalino prontamente i casi anche sospetti di malattie infettive specialmente intestinali e che si vigili attentamente sullo stato dell'approvvigionamento idrico dei Comuni e sulla difesa igienica degli acquedotti.

In onore del Prof. Angelo Maria Maffucci.

Durante il corso sulla tubercolosi, tenuto recentemente a Napoli, il prof. Andrea Ferrannini ha presa l'iniziativa di far erigere un ricordo marmoreo nella nativa Calitri (prov. di Avellino) al prof. Angelo Maria Maffucci, che con le sue ricerche geniali è stato tra i più efficaci pionieri negli studi sulla tubercolosi. Si sono già raccolte somme cospicue. Tra breve verrà inaugurata, sulla piazza principale di Calitri, una lapide con un artistico bassorilievo. L'epigrafe è stata già dettata dal senatore on. prof. Cocchia della R. Università di Napoli. Il discorso inaugurale sarà tenuto dal prof. A. Ferrannini.

Due milioni per il Centenario di Pasteur.

Tra i progetti approvati dalla Camera francese prima della chiusura della sessione parlamentare, vi è quello concernente un credito di due milioni per celebrare il centenario di Pasteur.

Riunioni scientifiche presso l'Ordine dei medici.

L'Ordine dei medici di Padova ha istituito delle riunioni periodiche in forma di conversazioni scientifiche, che hanno trovato plauso e consenso fra i colleghi di quella Provincia.

Per il secondo semestre di quest'anno sono annunciate le seguenti conferenze.

Prof. A. CERVIDALLI. Individualità morfologica ed individualità bio-chimica nel campo della Medicina legale. — Prof. O. CASAGRANDI. Lo stato attuale della così detta proteino-terapia nella bonifica degli organismi. — Prof. A. BREDA. Lo stato attuale della terapia antisifilitica arsenicale. — D. M. VIVALDI. Il citrato di soda nella cura della polmonite crupale. — D. C. FOÀ. Le più recenti indagini sugli ormoni sessuali. — Dott. D. VERONESE. Tetania vera e fenomeni pseudo-tetanoidici nell'infanzia.

Per il ventennio di laurea.

I medici laureati presso la R. Università di Roma nel 1902, che desiderino prendere parte ad una riunione per festeggiare il 20° anno di laurea, sono pregati di inviare la loro adesione al prof. Silvestro Baglioni, Istituto fisiologico R. Università di Roma. La riunione avrà luogo in ottobre e ne verrà comunicato il giorno.

Un nuovo periodico per l'igiene sociale.

Si pubblica dal 1° luglio a Napoli un nuovo periodico, «Il progresso sociale del Mezzogiorno», di cui il nome sintetizza il programma. Esso fa appello a tutte le forze, riconoscendo che il progresso sociale del Mezzogiorno è affidato principalmente allo sviluppo delle istituzioni di igiene e di previdenza ed alla penetrazione nelle masse della coscienza della loro necessità. L'una e l'altra hanno molte lacune da colmare, molte conquiste da raggiungere, ed a ciò solo si può arrivare con una tenace opera di propaganda per diffondere in forma suggestiva ed accessibile alle grandi collettività, quei criteri che purtroppo sono finora patrimonio, anche nelle classi colte, di pochissimi individui.

Nel primo numero, rileviamo un articolo del prof. Leonardo Bianchi, «Per l'avvenire di nostra gente», limpida visione sintetica di problemi sociali ravvivata dalla sicura intuizione delle sane e profonde forze rinnovatrici della razza. Altri articoli vi sono sulle Assicurazioni sulla vita, sulla propaganda spirituale delle assicurazioni sociali, sulle cure estive nel Mezzogiorno, ecc.

Plaudiamo di buon cuore alla nobile iniziativa a cui, per il bene del Mezzogiorno e di tutta l'Italia, auguriamo il più lieto successo.

I Direttori-proprietari sono l'avv. Uberto Aprile ed il dott. Alberto Botti. Gli uffici di direzione e di amministrazione sono a Napoli, via S. Lucia, n. 107.

Corsi di Perfezionamento nell'Istituto di studi superiori in Firenze.

Saranno tenuti per tutta la durata dell'anno scolastico nelle materie seguenti: Batteriologia, Patologia speciale medica e chirurgica, Anatomia patologica, Igiene, Radiologia ed elettroterapia, Clinica delle malattie nervose e mentali, medica, chirurgica (con medicina operatoria) pediatrica, dermosifilopatica, ostetrico-ginecologica, oculistica, otorinolaringojatria, ortopedia. Chi segue per un solo anno i corsi ha diritto al solo certificato di frequenza: dopo due anni può conseguire il diploma di perfezionamento, mediante un esame (presentazione e discussione di tesi con ricerche proprie). Il numero dei posti per alcuni corsi è limitato. Iscrizioni fino al 5 novembre presso la segreteria della Facoltà medico-chirurgica (via degli Alfani 33). Tassa di iscrizione ai corsi ordinari L. 300.30; per ogni corso speiacle L. 300.30; tassa per diploma L. 100. Presentare fede di nascita e diploma di laurea.

All'età di 55 anni, ENRICO ALBRECHT, professore di anatomia patologica a Vienna, dove era succeduto ad A. Koliskos. Si era specializzato nello studio della tubercolosi e di questa rimase vittima. Era stato anche direttore della spedizione austriaca per lo studio della peste.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Liguria Med., 1 marzo. — G. VIDONI. Sul sistema endocrino-simpatico in antropologia criminale.

Riforma Med., 29 maggio. — F. DURAND. Albuminoidi del siero sanguigno durante la tbc. polmonare.

Presse Md., 20 maggio. — GENEVRIER. Il trattamento moderno della malaria. — R. LUTEMBACHER. La trombostasi cardiaca.

Münch. Med. Woch., 26 maggio. — F. NOLTENIUS. Deficienza di ossigeno nel volo alto. — F. SCHEDE. La puntura dell'ascesso prevertebrale.

Presse Méd., 24 maggio. — H. ROGER. Effetti cardiovascolari degli estratti epatici.

Pensiero Med., 27 maggio. — L. LETO. Sulla cosidetta febbricola di origine rinofaringea.
— 3 giugno. — E. BANAUDI. Simpaticotonia negli sciatici.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 25 maggio. — J. CARLES. Come trattare la stitichezza abituale.

Difesa Sociale, marzo. — A. ILVENTO. Il personale per la medicina preventiva.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 15 maggio. — R. W. MENDELSON. Pseudo-Leptospira icterohaemorrhagiae.

Lancet, 20 maggio. — L. COBBETT. I tre tipi di bacilli tubercolari. — G. L. SCOTT. Cardiospasmo.

Münch. Mediz. Woch., 19 maggio. — K. A. HEIBERG. Il diabete alla luce odierna. — K. KLARE e O. BUDDE. L'acido silicico nella tubercolosi infantile. — G. TRAUTMANN. La pepsina nella leucoplachia.

Archives of Medical Hydrology, maggio. — A. STRASSER. I fondamenti scientifici dell'idroterapia. — CHASSEVANT e P. FERREYROLLES. Come studiare le acque minerali ai nostri tempi. — W. BAIN. Investigazione fisiologica delle acque minerali.

Riforma Med., 8 maggio. — V. VANNI. Linfo-adenite inguinale epidemica. — M. PONZIO. Valore e limiti della radioterapia profonda.

Deutsche Mediz. Woch., 19 maggio. — E. SCHIFF. Le vitamine nella dietoterapia delle malattie infettive. — K. H. BAUER. Eredità e costituzione.

Annali d'Igiene, marzo. — P. RAMOINO. Maidismo sperimentale. — G. RIGOBELLO. Comportamento del bacillo difterico e del pseudodifterico nella bile. — E. PETRICCIONI. Il bacillo difterico nelle urine.

Deutsche Med. Woch., 26 maggio. — K. FIELER. Allergia tubercolare, infiammazione e proteinoterapia. — F. POEMÖLLER. Trattamento della gangrena polmonare; terapia salvarsanica.

Il Fascicolo 8 (1º agosto 1922) della nostra **SEZIONE MEDICA** contiene i seguenti lavori:

I. G. VERNONI: **Sopra un bacillo pleomorfo produttore di particolari corpi sferici (forme sporali?) isolato dal pus di una sacca pionefrotica.**

II. C. CIPRIANI e L. FANZIO: **Il fenomeno della salita capillare nella differenziazione dei bacteri.**

III. G. PETRAGNANI: **Le soluzioni ipotoniche nella tecnica dello studio morfologico dei microrganismi e la colorazione della Spirochaete pallida Schaudinn.**

V. G. PETRAGNANI: **Anafilassi e deanafilassi per la via nasale.**

Un grosso fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14. Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 21 Agosto 1922** **Fasc. 34**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. R. DALLA VEDOVA.

Sul trattamento incruento del ginocchio valgo rachitico.

Dott. SILVIO CRAINZ, aiuto, libero docente.

Nella letteratura moderna mi pare che questi metodi di cura siano alquanto trascurati, in modo da dare l'impressione che il trattamento cruento abbia sostituito quasi completamente tutti i metodi incruenti di cura del ginocchio valgo, che pure tanto onore hanno avuto fino a pochi lustri fa.

Io credo che essi meritino ancora la nostra considerazione e possano dare nei casi opportuni degli ottimi risultati, perciò mi propongo di illustrare brevemente quelli ottenuti nella R. Clinica Ortopedica e Traumatologica dell'Università di Roma col trattamento del ginocchio valgo rachitico per mezzo del modellamento progressivo lento.

Molti mezzi sono stati ideati per ottenere incruentemente la correzione del ginocchio valgo in genere e del rachitico in ispecie.

Il Wolff li divide in due gruppi, a seconda che si cerca di ottenere la correzione della deformità in modo lento e progressivo, oppure in modo rapido e brusco.

Il metodo brusco per eccellenza è quello che Delore presentò fino dal 1874 alla Società di Chirurgia di Parigi e che in Italia fu largamente applicato colla tecnica del Tillaux modificata dal Panzeri: esso fu brillantemente difeso dal Codivilla nel 1905.

Con questo metodo si mira al distacco dell'epifisi inferiore del femore, fissando la coscia

fino in corrispondenza della linea epifisaria e facendo leva per mezzo della parte distale dell'arto, divenuta un'asta rigida per mezzo dell'estensione completa del ginocchio. Con questa manovra si ottiene facilmente il distacco epifisario, perchè la linea epifisaria è il punto più debole dell'intera asta femorale.

Come dicevo, il metodo è stato difeso dal Codivilla, il quale dimostrò che la manovra non produce lacerazioni nell'apparato legamentoso del ginocchio e che il distacco epifisario del femore corregge perfettamente la deformità senza esporre ad alcun pericolo di turbare la funzione osteogenetica della cartilagine epifisaria. Difatti Egli riferisce una vasta statistica sua e del Panzeri, nella quale non si sono mai avuti disturbi di accrescimento del femore. È tanto convinto della bontà del metodo che crede debba preferirsi fino ai sedici anni all'osteotomia sopracondiloidea, perchè dice che nel distacco epifisario non sono possibili spostamenti in più di quelli che sono strettamente necessari per la correzione della deformità, in quanto le superfici di separazione tra diafisi ed epifisi sono notevolmente più estese di fronte a quelle di una sezione diafisaria e sono foggiate a forma di calotta: per tali ragioni non sono possibili spostamenti longitudinali tra i due segmenti. Inoltre la consolidazione è molto rapida e dopo un mese dall'avvenuta lesione si ha già la riunione completa ed il Codivilla dice che dopo 20 o 25 giorni ha fatto camminare gli operati già liberati dall'apparecchio.

Il Wolff nel 1889 ha ideato un altro metodo meno violento e meno brusco, che mira a correggere la deformità in modo progressivo ma abbastanza rapido. Egli applica sotto narcosi un apparecchio gessato che comprende tutto l'arto e durante la cristallizzazione del gesso cerca di ottenere il massimo della correzione possibile.

Dopo due o tre giorni rende mobile l'apparecchio nella regione del ginocchio, resecandone un cuneo dal lato interno e praticando una sezione lineare dal lato esterno, e sotto narcosi cerca di aumentare il grado di correzione ottenuto nella prima seduta e solidarizza con gesso le due parti dell'apparecchio nella nuova posizione.

Questa manovra la ripete a distanza di due o tre giorni, fino ad ottenere la correzione completa, che in genere raggiunge in due o tre settimane. Arrivato a questo punto della cura, fa portare al paziente per due o tre mesi un'apparecchio gessato, reso mobile in corrispondenza dell'interlinea del ginocchio per mezzo di due stecche metalliche munite di cerniera e fissate al lato interno ed esterno dell'apparecchio. Ciò allo scopo di rendere più facile il sedersi e il camminare, specie il salire le scale e permettere così al paziente di riprendere le sue occupazioni senza alcun disturbo già nella terza settimana della cura. Ed inoltre per evitare la rigidità articolare ed i dolori che si hanno per un certo tempo dopo l'immobilizzazione del ginocchio.

Secondo l'Autore questo metodo ha anzitutto il vantaggio della rapidità, perchè permette al malato di riprendere le sue occupazioni già alla terza settimana della cura. Dice che con esso si ottiene una correzione completa anche in deformità di alto grado, senza produrre una notevole interruzione di continuità nello scheletro.

Il Broca invece dice che questo metodo, quantunque dia risultati abbastanza favorevoli, non ha ragione di esistere perchè abbisogna di parecchie anestesie successive e deve cedere il posto all'osteoclasia od all'osteotomia del femore.

Il Nové-Josserand dice che non presenta dei vantaggi abbastanza seri per compensare la necessità di fare parecchie sedute operatorie, perciò crede che ad esso si debba preferire il trattamento chirurgico propriamente detto.

Il Reichel dice che questo metodo, per quanto sia efficace e dia risultati anche in valghismo di altro grado, presenta il pericolo della distensione e della lacerazione dell'apparato legamentoso, sicchè il ciondolamento del ginocchio, che permane dopo il raddrizzamento, rende necessario di portare a lungo (per un anno ed anche più) un apparecchio di sostegno.

Una certa analogia col metodo di Wolff presenta il metodo del modellamento lento progressivo di König, in quanto anche con questo si cerca di ridurre gradualmente la deformità senza produrre una vera scontinuità dello scheletro; però la caratteristica del metodo di König è la lentezza del trattamento e la dolcezza delle manovre di modellamento.

Ecco la tecnica precisa con la quale è stato largamente applicato nella nostra Clinica.

Si costruisce il primo apparecchio gessato, avendo la precauzione di imbottire bene con ovatta le parti corrispondenti al malleolo esterno, al condilo interno, ed al gran trocantere. L'apparecchio, ben modellato e rinforzato con una ferula gessata nel lato interno della coscia e della gamba, deve cominciare al collo del piede ed arrivare fino alla radice della coscia. Prima che si inizi il consolidamento dell'apparecchio l'operatore applica la palma di

una mano (destra per l'arto sinistro e viceversa) sul lato interno del ginocchio, subito al disopra del condilo, e la palma dell'altra mano subito al disopra del malleolo esterno, essendosi prima assicurato che la gamba sia in stensione completa sulla coscia e che l'arto non ruoti all'esterno. La palma della mano di un aiuto fa pressione sulla regione trocanterica e così si applica sull'arto una pressione in tre punti, di cui due agli estremi dell'arto stesso sulla sua faccia esterna ed uno nella parte media ed interna. La pressione esercitata in questi tre punti tende a ridurre l'angolo aperto all'esterno che forma la gamba colla coscia e quindi a ridurre il grado della deformità. Si mantiene la pressione, abbastanza energica ma tale da poter essere tollerata dal paziente senza eccessivo dolore, fino a che l'apparecchio è perfettamente consolidato.

Diverse sono le precauzioni essenziali da prendersi nell'applicazione di questo appar.

Anzitutto bisogna curare l'imbottitura abbondante dei punti ossei sporgenti sui quali viene praticata la pressione, per evitare la possibilità di decubiti. Inoltre bisogna assicurarsi che durante le manovre riduttrici la gamba sia in estensione completa, perchè in questo modo soltanto possiamo bloccare completamente l'articolazione del ginocchio e possiamo così utilizzare l'asta rigida della gamba stessa per il modellamento. Per la stessa ragione bisogna evitare la extrarotazione dell'arto, perchè si accompagna colla flessione del ginocchio e non permette il contrasto tra i tre punti sui quali è applicata la forza riduttrice.

Il paziente può camminare anche subito dopo l'applicazione dell'apparecchio, col solo incomodo di avere il ginocchio fissato in estensione.

Dopo due o tre settimane noi demoliamo l'apparecchio e constatiamo il grado di riduzione ottenuto. A questo scopo basta misurare la distanza che corre, a ginocchia avvicinate, tra i due malleoli interni; ma è molto utile, prima di iniziare il trattamento, di segnare su di un foglio di carta la «silouette» degli arti inferiori e su questa in ogni seduta di modellamento controllare e registrare i vantaggi ottenuti.

Il nuovo apparecchio si applica con le stesse modalità di tecnica descritte per il primo apparecchio, cioè cercando di aumentare il grado di correzione già raggiunto. Il secondo apparecchio è seguito a uguale distanza di tempo da altre sedute di modellamento e dall'applicazione di nuovi apparecchi, finchè si è ottenuta la correzione completa. Raggiunto questo scopo, lasciamo gli infermi per qualche tempo senza apparecchio e per mezzo di massaggi, bagni caldi, movimenti passivi ed attivi senza carico, cerchiamo di migliorare le condizioni trofiche delle masse muscolari e di vincere la rigidità del ginocchio.

Fatto questo poniamo l'arto sotto carico, per lo più facendo portare per qualche tempo un apparecchio tutore articolato.

Questo metodo mi pare sia migliore di quello di Wolff per le seguenti ragioni.

Anzitutto non è necessaria l'anestesia generale, perchè le manovre di modellamento sono così dolci da dare soltanto modico dolore, tollerabile anche da piccoli pazienti. Per quanto la narcosi sia quasi scevra da pericoli e si possa persino coll'Arcangeli pensare che l'inalazione di cloroformio eserciti un'influenza favorevole sull'evoluzione del processo rachitico, pure mi pare che il vantaggio non sia del tutto trascurabile, specie considerando che anche col metodo di Wolff sono necessarie parecchie sedute di modellamento e quindi parecchie anestesie generali, a distanza di due o tre giorni soltanto l'una dall'altra.

La dolcezza delle manovre di modellamento mette certamente al sicuro dalla lacerazione dell'apparato legamentoso del ginocchio.

Per convincersene basta pensare che le manovre vengono praticate senza anestesia e portate perciò soltanto fino al limite di tollerabilità del dolore: questo controllo rappresenta una garanzia assoluta per l'integralità dell'apparato legamentoso, il quale al massimo può subire delle distensioni ma non delle lacerazioni. Quindi col metodo da noi adottato veniamo a sottrarci a una delle critiche più gravi fatte al metodo di Wolff.

Inoltre le manovre dolci di modellamento credo debbano portare sullo scheletro delle lesioni molto diverse da quelle che si provocano col metodo di Wolff. Con questo infatti io credo si determinino delle fratture incomplete o meglio dei distacchi parziali dell'epifisi inferiore del femore, mentre col metodo di König da noi usato le lesioni scheletriche sono minime e probabilmente consistono in un lieve intasamento del lato interno della zona metafisaria, resa facilmente schiacciabile e quasi malleabile dal processo rachitico.

Inoltre mi pare che sia più opportuno che le sedute di modellamento siano fatte alla distanza di due o tre settimane l'una dall'altra e non di due o tre giorni soltanto come vuole Wolff. Lasciando passare questo lasso di tempo tra una seduta e l'altra, specialmente sottoponendo l'arto deforme al carico, credo si deb-

bano produrre nella zona metafisaria delle notevoli modificazioni strutturali, in relazione col trauma subito durante le manovre di modellamento e colle modificazioni avvenute nella linea di carico dell'arto per la correzione già ottenuta. Difatti noi abbiamo notato che in genere nella seconda seduta le manovre di modellamento sono più facili e si ottiene un ulteriore correzione della deformità coll'impiego di una forza minore.

Noi abbiamo preferito di demolire completamente l'apparecchio modellante ad ogni seduta, a differenza di quanto fa Wolff. Credo che la tecnica da noi usata sia più opportuna, in primo luogo perchè permette di assicurarsi sulle condizioni trofiche della cute in corrispondenza dei punti ossei sui quali l'apparecchio applica la forza modellante. Inoltre perchè possiamo misurare direttamente il grado di correzione ottenuto. Infine, ragione più importante della nostra preferenza, perchè io credo che quando l'apparecchio gessato che avvolge tutto l'arto inferiore venga diviso in due segmenti come vuole Wolff e poi vengano esercitate delle manovre riduttrici sull'arto in corrispondenza del punto di interruzione dell'apparecchio, debbano avvenire delle modificazioni di rapporti tra arto ed apparecchio, specie in corrispondenza dei punti ossei sporgenti sui quali è stata esercitata la pressione. Perciò facilmente l'apparecchio diventa incongruente, con un doppio pericolo: da un lato di esercitare in qualche punto delle pressioni eccessive ed intollerabili e dall'altro di non esercitare più una pressione efficace sui punti dove questa è necessaria.

Ed ora mi pare importante fissare con quali indicazioni noi abbiamo applicato il metodo del modellamento lento progressivo, con quelle modalità di tecnica che ho illustrato.

Anzitutto noi ci siamo limitati a trattare con questo metodo i ginocchi valghi rachitici, perchè ci è sembrato che in questi si avessero le condizioni anatomiche più favorevoli. Però abbiamo dato grande importanza anche allo stadio nel quale si trovava il processo rachitico al momento dell'applicazione del metodo e rispetto a questa indicazione noi abbiamo trattato quei casi nei quali il processo rachitico era ancora in atto o spento da poco tempo. Credo che questa limitazione sia essenziale per la buona riuscita delle manovre modellanti, perchè soltanto in questi casi si può sperare di ottenere per mezzo di manovre dolci un vero intasamento del tessuto osteoide prodotto nella zona epifiso-metafisaria dal processo rachitico.

Anche il grado della deformità ha una certa importanza nello stabilire l'indicazione al trattamento modellante. Io credo che anche le forme più gravi di ginocchio valgo rachitico possano essere trattate con questo metodo, purchè nell'evoluzione del processo rachitico non si sia ancora arrivati allo stadio dell'eburneazione. E' questione di pazienza e di tempo, ma in questi casi così gravi mi pare più indicato passare al trattamento cruento. Nello sfogliare le nostre cartelle cliniche, trovo che il caso più grave trattato con successo era bilaterale e presentava, a ginocchia portate a contatto, una distanza tra i due malleoli interni di cm. 26 1/2, cifra tutt'altro che trascurabile data la bassa statura di questa bambina di sette anni.

Rispetto all'età, noi ci siamo limitati ad applicare il metodo in bambini e precisamente con un massimo di sette anni e un minimo di tre. Questa limitazione non è dovuta all'età per se stessa, ma all'evoluzione del processo rachitico in relazione coll'età.

Così pure abbiamo limitato il metodo ai casi di valgismo puro del ginocchio, cioè non associato ad altre deformità degli arti inferiori, o per lo meno quando queste non erano di tale gravità da imporre per se stesse un trattamento cruento.

Inoltre l'esperienza ci ha insegnato che non è opportuno applicare questo metodo nei casi in cui il valgismo si complica con recurvamento del ginocchio. In questi casi, per bloccare l'articolazione del ginocchio, bisogna portare la gamba in iperestensione sulla coscia e perciò, durante le manovre di modellamento e nella immobilizzazione successiva, si viene ad aggravare il recurvamento del ginocchio.

Con queste indicazioni esatte posso assicurare che il metodo del modellamento lento progressivo dà degli ottimi risultati.

La durata della cura nei casi di media gravità è di circa sei mesi, che nei nostri casi ha raggiunto qualche volta come massimo i dieci.

In ogni seduta di modellamento si ottiene in media una correzione della distanza intermalleolare di due cm.; naturalmente le cifre variano notevolmente collo stadio in cui si trova il processo rachitico.

Le sedute di modellamento che sono state necessarie variano da un minimo di cinque ad un massimo di tredici, con una media di sette od otto sedute.

Si riesce così ad ottenere una correzione completa della deformità, con un ortomorfismo assoluto degli arti, che si mantiene anche a distanza di tempo. Difatti io mi sono preso premura, prima di pubblicare questa nota, di rivedere i nostri malati più antichi e li ho trovati in ottime condizioni.

Roma, giugno 1922.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. A. ZERI.

L'esame della funzionalità epatica e l'emoclasia digestiva

pel dott. REMO MONTELEONE.

Differenziate negli ultimi anni le varie e complesse funzioni della glandola epatica, è naturale che la indagine dei Patologi, volgendosi allo studio di queste singole funzioni, si dirigesse a ricercare un metodo diretto od indiretto capace di indicarci, con la permanenza o meno dell'equilibrio armonico delle variate attività epatiche, l'esistenza o no dell'integrità della cellula epatica. Ecco quindi i vari Autori introdurre in Clinica le prove basate sulla glicogenesi epatica, ecco proporre per apprezzare la sufficienza epatica la prova di Roch, la prova al bleu di metilene, l'indacanuria, il dosaggio dell'urea, il dosaggio dell'ammoniaca, degli acidi amminici, lo studio dei rapporti frà gli elementi azotati delle urine e del sangue, ecc.

Sorvolerò sulle obiezioni che con la continua osservazione furono fatte a tutte queste prove destinate dopo effimera vita a cadere in disuso, talchè l'esame funzionale del fegato negli ultimi tempi si riduceva alla ricerca dei pigmenti biliari nelle urine, al comportamento della glicosuria alimentare e dell'urobilina.

È evidente perciò l'interesse destato dalle comunicazioni recenti di AA. francesi proponenti semplici prove per l'esame della funzionalità epatica.

Nel 1920 Widal, Abrami e Jaconescu, avendo dimostrato nel fegato una « proprietà proteopessica », una proprietà cioè di arresto verso le sostanze proteiche incompletamente disintegrate, simile a quella che la cellula epatica esercita verso molti veleni di provenienza intestinale, con successive esperienze conclusero che la funzione proteopessica epatica per esser particolarmente delicata, è la prima a risentirsi di qualsiasi azione nociva agente sulla ghiandola epatica.

L'applicazione pratica alla Clinica di tale fatto ne viene immediatamente, quando si osservi che l'entrata nel circolo generale, per la mancata o diminuita azione di arresto del fegato, di sostanze proteiche incompletamente disintegrate, provoca, per la loro eterogeneità, modificazioni transitorie sì, ma notevoli, della crasi sanguigna.

Tali modificazioni, raggruppate nel nome di « crisi emoclasica » sono:

1° abbassamento della cifra dei leucociti al disotto dell'iniziale.

2° abbassamento della pressione arteriosa;

3° abbassamento dell'indice di rifrazione del siero;

4° abbassamento della coagulabilità del sangue;

5° talora parziale inversione della formula leucocitaria.

Esperienze in serie compiute dal Widal e dalla sua scuola, dimostrano che per scatenare tale crisi, per rivelare cioè la insufficienza proteopessica, non è necessario far ingerire al paziente grandi quantità di elementi azotati, nè è necessario ricorrere ad uova, carne o alle albumine vegetali; è sufficiente il latte, e gli AA. ne fissano la misura in 200 grammi.

Per la tecnica della prova gli AA. pongono come condizione necessaria il digiuno del malato per lo meno da 5 ore; l'ingestione durante questo tempo di acqua non modifica i risultati, la ingestione viceversa di una minima quantità di alimenti azotati è sufficiente per falsare i risultati. Trascorso tale tempo e stabilita la crasi sanguigna del paziente gli si fanno ingerire i 200 grammi di latte, poi, di 20 in 20 minuti, si esaminano i singoli componenti del sangue.

Poichè dalle ricerche di Widal, Abrami, Jaconesco, risulta la leucopenia essere l'elemento più netto e più costante della crisi emoclasica, gli AA. consigliano per la pratica di limitare alla conta dei globuli bianchi la prova della emoclasia digestiva.

L'interesse della prova proposta risulta grande quando si osservi che ricercata dagli stessi ideatori in un primo gruppo di affezioni nelle quali il fegato era indiscutibilmente leso (itteri acuti e cronici - fegati cardiaci - cancerosi - cirrotici) risultò nel 99 % dei casi, positiva.

Proseguite Widal ed i collaboratori le ricerche in malati nei quali la lesione epatica non si rivelava che per piccoli segni urologici o in malati nei quali la insufficienza epatica sembrava possibile, pur essendo tutti gli altri sintomi assenti, trovarono una reazione positiva in molti casi di polmonite, tubercolosi cavitarie, appendiciti, litiasi biliari, pericolicistite, litiasi cronica, sclerosi tubercolari, porpora, diabete, nefriti azotemiche, in alcoolisti, in annessiti, in fibromi, mentre la prova stessa risultò negativa in casi di tifo, dissenteria amebica, emofilia in casi di sclerosi tubercolari, in casi di tubercolosi cavitarie, in molti casi di diabete, di nefriti azotemiche di porpora.

In un primo gruppo, cioè, di epatici patenti, la prova dell'emoclasia digestiva fu positiva; e confermò quanto la Clinica aveva dimostrato, in un secondo gruppo di malati, epatici latenti, i risultati furono alquanto contrastanti, onde in molti ricercatori si acuì l'interesse di confermare il valore pratico della prova proposta dal Widal.

Didier e Philippe con loro ricerche stabilirono doversi parlare di vera leucopenia, nel decorso della crisi emoclasica, quando la cifra si abbassi al disotto dell'iniziale, per lo meno di 2000 globuli bianchi, di vera ipotensione allorchè l'abbassamento corrisponde per lo meno ad 1 cm. di Hg..

Dalle osservazioni di E. Schilling e P. Holzer, tratte da circa 60 pazienti, risulta che dopo l'ingestione di 200 grammi di latte o di equivalente idrato di carbonio, si ha leucocitosi digestiva più o meno marcata; negli stati patologici, la prova di Widal ora è positiva, ora è negativa: risulta positiva nei cardiopatici con epatostasi. In tutte le epatopatie manifeste si ha dopo l'ingestione del latte, leucopenia. La leucopenia è anche frequente nelle ipo- ed anacloridrie, e spesso dopo cure con Salvarsan. In successive ricerche gli stessi AA. tedeschi trovarono che nelle malattie infettive la prova di Widal ora è positiva, ora è negativa, e ciò perfino in malattie simili (per es., nel paratifo e nella tubercolosi)

In tutte le malattie epatiche si ha leucopenia indipendentemente dalla gravità della malattia stessa.

Quest'ultimo fatto è stato confermato anche dalle ricerche del W. Worms e del H. Scrbeiber, i quali affermano che la mancanza della leucopenia non depone per l'assenza di una epatopatia. Secondo questi ricercatori il saggio leucocitico di Widal, si fonda su una certa alterazione di distribuzione dei leucociti nell'interno dei vasi: esso non costituirebbe, salvo che quando sia notevolmente positiva, un sintoma clinico costante, sicuro ed importante.

Per Ciamicianu e Popper il valore dell'emoclasia digestiva è oltremodo notevole: associata alla ricerca dell'urobilina o dei sali biliari rappresenta la migliore sindrome rivelatrice dell'epatismo latente.

Ed in Italia, Decio comunica all'Accademia Medico-Chirurgica di Perugia, di aver applicato il metodo dell'emoclasia digestiva nell'esplorazione della funzionalità epatica nelle donne gravide, dichiarando di aver ottenuto netta crisi emoclasica positiva in due eclamptiche su due esaminate, ed in due gravide sane su venti donne gravide esaminate.

Recentemente, Abrami, Widal, Hutinel studiando la funzione proteopessica in otto infermi affetti da amebiasi intestinale, riscontrarono una emoclasia digestiva negativa. In quattro di essi vi erano cospicue alterazioni amebiche del fegato; in un caso vi era una epatite ipertrofica senza fatti suppurativi, negli altri tre vi era un voluminoso ascesso.

Dai risulati poi esposti alla Società Medico-Chirurgica Anconetana dall'Andreanelli, la prova dell'emoclasia digestiva viene ritenuta fra tutti i metodi in uso per la ricerca della funzionalità epatica, il più semplice, il più delicato, il più facile nella pratica corrente. Di grande ausilio pratico la ritiene anche il Mannucci.

Il Mauriac smorza però tali entusiasmi; egli afferma di non aver trovato in nessun caso insieme, nello stesso individuo, i tre sintomi capitali dell'emoclasia digestiva ossia la leucopenia, l'ipotensione, l'inversione della formula. Sempre secondo il Mauriac la prova è inapplicabile ai fanciulli nei quali si osserva sempre leucopenia postdigestiva e, confortato in ciò da altri autori, afferma che è possibile ottenere o no la leucopenia a seconda che il latte venga ingerito lentamente o rapidamente dal malato. Richiama infine tale A. l'attenzione su di un elemento trascurato dal Widal e di primaria importanza, cioè sullo stato delle funzioni digestive ed assorbenti del canale gastro intestinale dei singoli individui. Sempre secondo il Mauriac è un vero errore voler ridurre la sintomatologia pratica della insufficienza epatica alla sola leucopenia, poichè le oscillazioni della cifra leucocitaria sono rapide e frequenti anche nell'individuo sano: ricercata nei suoi tre elementi costitutivi: leucopenia, ipotensione vascolare, inversione della formula, la crisi emoclasica è molto meno frequente a riscontrarsi negli ammalati e perciò non può per ora esser elevata ad espressione sicura di una insufficienza epatica.

Data questa discordanza di giudizio su di una prova in apparenza semplice, è parso a me utile aggiungere agli scarsi rendiconti esistenti in proposito, un certo contributo, indagando sullo stato della funzione epatica di molti malati presi a caso nelle corsie di quest'Istituto.

Per tale esame ho ricorso ai metodi fin qui resistiti all'azione del tempo, cioè alla prova della glicosuria alimentare, alla ricerca dei segni urologici dati in semeiologia come indicatori di lesioni della cellula epatica, alle quali ricerche ho aggiunto il comportamento della funzione proteopessica, misurata con l'emoclasia digestiva indicataci dal Widal, Abrami,

Jaconesco. Premetto brevemente la tecnica seguita per le singole prove.

Per la emoclasia digestiva ho preferito far stare il malato in completo digiuno anzichè dal mattino alla sera come gli AA. francesi consigliano, dalla sera al mattino per ovvie ragioni di certezza della completa astensione dal cibo del malato. Trascorso il digiuno e stabilito l'equilibrio vascolo-sanguigno del paziente in esame, ho fatto ingerire rapidamente 200 gr. di latte, quindi di 20 in 20 minuti ho misurato la pressione sanguigna, il numero dei globuli bianchi determinandone la formula.

Nello stesso malato ricercavo:

1° La esistenza o meno di una glicosuria alimentare facendo ingerire a digiuno 100-150 grammi di glucosio.

2° La esistenza o meno di elementi abnormi nelle urine; cioè la presenza di sali biliari — mediante la prova di Hay —; la presenza di pigmenti biliari — con le usuali prove all'acido nitroso-nitrico, all'iodo, ecc. — e, specialmente, la presenza dell'urobilina per la quale usavo eseguire l'estrazione con etere e la rivelazione nel residuo in soluzione alcoolica con il cloruro di zinco.

I pazienti su cui esperimentai furono 18; affetti alcuni da lesioni epatiche anatomo-clinicamente accertate, altri con sospetta lesione epatica, ovvero senza sintomo alcuno di epatismo.

La tirannia dello spazio mi vieta di riportare per intero i dettagliati protocolli dei singoli esperimenti: cerco perciò nella seguente tavola schematizzare in modo chiaro i risultati ottenuti.

Nei cinque casi di lesione epatica certa (occlusione del coledoco da neoplasma — cirrosi di Laennec — cirrosi ipertrofica — ittero emolitico — iposistolia) l'emoclasia riuscì positiva in tre e negativa in due: negli otto casi di affezioni con incerta lesione epatica (Malaria acuta — Malaria cronica — ileotifo) l'emoclasia digestiva riuscì positiva in sette e negativa in uno; e in un ultimo gruppo di affezioni, infine, nelle quali non vi era alcun segno clinico da far pensare ad un'alterazione della glandola epatica (Tbc. cavitaria — tbc. sclerosante — ittero emolitico — leucemia linfatica — emoglobinuria da chinino — linfogranulomatosi addominale) la funzione proteopessica risulta alterata in due pazienti su sei.

Non vi è dubbio che tali risultati mostrano una eccessiva sensibilità della prova.

Esaminando dettagliatamente i singoli elementi delle crisi emoclasiche ricercate, si conferma che l'elemento più costante è dato dalla leucopenia, cui si accompagna quasi sempre l'ipotensione; spesso si hanno alterazioni della formula.

La leucopenia fu da me considerata positiva solo quando il dislivello fra le due successive numerazioni raggiunse i 1500-2000 globuli bianchi, in alcuni casi la diminuzione dei globuli stessi sorpassò i 2000 raggiungendo i 3000 globuli in meno. Convengo con gli altri ricercatori nel ritenere nulle le differenze inferiori ai 1500 in quanto chi ha pratica degli apparecchi contaglobuli in uso, sa per propria esperienza le variazioni frequenti — spesso raggiungenti i 1000 e più globuli bianchi — che si possono constatare nello stesso individuo, nella stessa unità di tempo, dal medesimo ricercatore, in diverse conte.

TAVOLA I.

N. d'ordine	Diagnosi clinica	Emoclasia digestiva			
		Abbassamento della pressione	Diminuzione dei globuli bianchi	Inversione della formula	Esito definitivo
1	Iposistolia	—	—	—	—
2	Ittero emolitico	—	—	—	—
3	Broncop. tbc.	—	—	—	—
4	Leucemia Linfat.	+	+	—	+
5	Broncop. tbc.	—	—	—	—
6	Infez. malar. ac	+	+	+	+
7	Infez malar. cron.	+	+	+	+
8	Infez. malar. acuta	+	+	+	+
9	Occlus. coled. neopl.	+	+	—	+
10	Emoglobinuria chininica	—	+	—	+
11	Infez. malar. ac.	+	+	+	+
12	Infez. malar. cron.	—	—	+	—
13	Ileotifo	+	+	+	+
14	Infez. malar. ac.	+	+	—	+
15	Infez. malar. ac.	+	+	—	+
16	Cirrosi Laënnec	+	+	—	+
17	Linfogranulomatosi add.	—	—	—	—
18	Cirrosi ipertrofica	+	+	—	+

L'abbassamento della pressione arteriosa — quando ciò ebbe a verificarsi fu quasi sempre notevole: 10,20 e più linee della scala del Riva-Rocci.

Ho in modo particolare studiato il comportamento della formula leucocitaria nei singoli momenti della crisi emoclasica. Gli AA. francesi accennano a tal proposito vagamente ad

inversione della formula normale: le mie ricerche portano in modo assoluto ad escludere ciò: la formula-tipo, quale ci è data dagli ematologi, non subisce deviazioni marcate; predominano sempre i neutrofili nella misura dal 60 al 70 per cento dei globuli bianchi e nelle solite proporzioni troviamo eosinofili e monociti.

Viceversa dalle mie ricerche risulta evidente un *ritorno alla formula normale*, nelle malattie nelle quali la monocitosi è la regola, ossia nell'infezione malarica e nell'ileotifo, durante la positività dell'emoclasia digestiva. Gli autori francesi di tal fatto non parlano ed è naturale quando si osservi che fra tutti i malati — più sopra ricordati — da essi esaminati non figura un malarico, nè un tifoso, pazienti nei quali — è ovvio il ricordarlo — la formula ematologica si caratterizza quasi sempre per una netta mononucleosi.

Quel che io chiamerei « ritorno alla formula normale » nel corso dell'emoclasia digestiva positiva è quasi costante nella infezione malarica sia acuta che cronica: il numero dei monociti diminuisce nelle successive osservazioni fatte a distanza di venti minuti, poi rapidamente si torna alla cifra anteriore.

Riassumendo, nel decorso dell'emoclasia digestiva positiva è stata costante l'ipoglobulia, *raramente* è mancata l'ipotensione, frequentemente si sono avute caratteristiche alterazioni della formula: dei 18 casi esaminati l'emoclasia digestiva dimostrò alterata la funzionalità epatica in dodici casi, cioè in pazienti affetti da leucemia linfatica. — Infezione malarica acuta — Infezione malarica cronica — Occlusione coledocica neoplastica — Emoglobinuria da chinino — Ileotifo — Cirrosi di Laënnec — Cirrosi ipertrofica, malattie tutte nelle quali era sospettata un'alterazione epatica dai sintomi clinici.

In sei casi, cioè nell'Iposistolia, nell'Ittero emolitico, nella Tbc. polmonare sia cavitaria che sclerosante nella Linfogranulomatosi, l'emoclasia digestiva sembrò dimostrare una integrità della cellula epatica.

***

Di contro a tali risultati possiamo mettere quelli ottenuti esperimentando su gli stessi malati con la ricerca di una glicosuria alimentare e con la ricerca di elementi di origine epatica nelle urine. I dati ottenuti possono essere schematizzati nella seguente tavola.

Nell'esame dello schema suesposto colpisce innanzi tutto il comportamento della glicosuria alimentare; essa, tranne che in un caso, è stata negativa. Ciò può meravigliare quei pochi che ancora si ostinano a prestar fede all'ingestione di una o più meno grande quantità di glucosio per trarne dati sullo stato del fegato, ma conferma quanto si va ripetendo da numerosi ricercatori sull'inutilità di tale prova insufficiente a svelare lo stato

TAVOLA II.

N. d'ordine	Diagnosi clinica	Emoclasia digestiva	Glicosuria alimentare	Esame delle urine		
				Pigmenti biliari	Sali biliari	Urobilina
1	Iposistolia	–	–	–	–	–
2	Ittero emolitico	–	–	–	–	+
3	Broncop. tbc.	–	–	–	–	–
4	Leucemia linfat.	+	–	–	–	–
5	Broncop. tbc.	–	–	–	–	–
6	Infez. malar. ac.	+	–	+	–	+
7	Infez. malar. cron.	+	–	–	–	+
8	Infez. malar. acuta	+	–	–	–	+
9	Occlus. coled. neopl. . . .	+	–	+	–	–
10	Emoglobinuria chininica . .	+	–	–	–	+
11	Infez. malar. ac.	+	–	–	–	+
12	Infez. malar. cron.	–	–	–	–	+
13	Ileotifo	+	–	+	–	+
14	Infez. malar. ac.	+	–	–	–	+
15	Infez. malar. ac.	+	+	–	–	–
16	Cirrosi Laënnec	+	–	–	–	+
17	Linfogranulomatosi add. . .	–	–	–	–	–
18	Cirrosi ipertrofica	+	–	–	–	+

di una ruota del complesso meccanismo del ricambio degli idrati di carbonio.

Sorvolando sui dati forniti dalla ricerca dei pigmenti biliari e dei sali biliari, non dimostrabili in ogni caso, e perciò di scarso valore per svelare insufficienze epatiche latenti, mi preme far notare l'interessante fatto della presenza dell'urobilina constatata in undici casi con reazioni tali da non lasciare dubbi: in nove, degli undici pazienti in questione, alla urobilinuria si associava una emoclasia digestiva positiva, in un altro all'urobilinuria si accompagnava una netta glicosuria alimentare. L'urobilinuria era evidentemente indice nella quasi totalità dei pazienti della alterazione più o meno profonda della funzione epatica e ciò perfettamente in accordo con quel che la Clinica faceva supporre.

CONCLUSIONE.

Volendo riassumere in poche righe quanto ho finora esposto posso dire che dalle mie ricerche risultano evidenti i seguenti fatti:

1° L'emoclasia digestiva riuscita positiva nella maggior parte dei malati con lesioni anatomoclinicamente apprezzate del fegato, costituisce una prova di indubbio valore per chi indaga sullo stato di tale organo.

2° Elementi costanti dell'emoclasia digestiva sono l'ipoglobulia e l'ipotensione; dall'associazione di questi due sintomi può dedursi l'esito definitivo della prova.

3° Nel decorso dell'emoclasia digestiva può notarsi una alterazione della formula nel senso di un «ritorno alla formula normale», nelle malattie nelle quali la formula mononucleare è la regola (infezione malarica — infezione tifosa).

4° Scarso valore va attribuito alla prova della glicosuria alimentare nell'esame della funzionalità epatica.

5° L'urobilinuria è altrettanto frequente nelle lesioni epatiche quanto l'emoclasia digestiva.

Alla prova quindi della emoclasia digestiva, innocua certamente ed esatta dobbiamo contrapporre, quale prova altrettanto, se non più innocua ed esatta, la urobilinuria e dedurne che se è senza dubbio vero che la prova dell'emoclasia digestiva ,rivelatrice di alterate funzioni proteopessiche del fegato, è feconda di acquisizioni scientifiche nello studio delle complesse attività epatiche, ci lascia non del tutto convinti della sua pratica utilità nell'esplorazione funzionale del fegato in quanto e le ricerche degli stessi AA. francesi e le mie mettono in evidenza l'importanza semeiologica pari a quella dell'emoclasia digestiva dell'urobilinuria; per la constatazione della quale è possibile eseguire in ogni istante presso il letto del malato una rapida e facile ricerca di urobilina nelle urine.

BIBLIOGRAFIA.

DECIO. *L'emoclasia digestiva in gravidanza.* Accademia Medico-Chirurgica, Perugia, 921.

CIAMICIANU e POPPER. *L'emoclasia digestiva.* La Presse Médicale, 1921, n. 43.

WIDAL, ABRAMI, IANCOVESCO. *La prova dell'emoclasia digestiva nello studio dell'insufficienza epatica.* La Presse Médicale, 1921, n. 43.

WIDAL, ABRAMI, IANCOVESCO. *La crisi emoclasica per ingestione di zucchero nei diabetici.* La Presse Médicale, 1921.

MAURIAC. *L'emoclasia digestiva nella diagnosi dell'insufficienza epatica.* Journal de Médecine de Bordeaux, 1921.

MANNUCCI. *Prime ricerche sulla prova dell'emoclasia digestiva nell'insufficienza epatica.* Società italiana di Pediatria, Milano, 1921.

ANDREANELLI. *Insufficienza epatica ed emoclasia digestiva. Società Medico-Chirurgica,* Ancona, 1921.

DIDIER e PHILIPPE. *Emoclasia digestiva.* La Presse Médicale, 1921, n. 48.

E. SCHILLING, P. HOLZER. *L'e. d. del Widal come saggio della funzionalità epatica.* Berliner Klin. Wochenschr., n. 46, 1921.

E. SCHILLING, P. HOLZER. *L'e. d. del Widal.* Zeitschr f. Klin. Mediz., Bd. 93, marzo 1922.

W. WORMS, H. SCRHEIBER. *L'e. d. del Widal nell'esame della f. e.* Zeitschr f. Klin. Medizin, Bd. 93, 1922.

JACONO. *Sulla crisi emoclasica e sulla funzione proteopessica del fegato.* Studium, n. 9, 1921.

ABRAMI, WIDAL, HUTINEL. *La insufficienza proteopessica del fegato nelle epatiti dissenteriche.* Académie des Sciences, Paris, février 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.

Direttore incaricato: Prof. TULLIO LUZZATTI

Terapia della pertosse con l'etere.

Nota seconda per il dott. GIOVANNI GENOESE, docente ed assistente.

Nel decorso anno proprio sulle colonne di questo giornale in una prima nota (1) sul trattamento della tosse convulsa con le iniezioni intramuscolari di etere riferivo i risultati incoraggianti ottenuti su 20 bambini da questa medicazione: erano le prime osservazioni pubblicate fra noi e la statistica abbastanza confortante per numero di guarigioni in una malattia che rappresenta sempre un pericolo grave per l'infanzia mi spinse a continuare le ricerche iniziate sul valore terapeutico dell'etere solforico nella pertosse e mi incoraggiò ad estenderle ad un numero maggiore di casi.

Queste nuove osservazioni su una serie di altri 50 bambini di vario sesso ed età dai 3 mesi ai 7 anni mi permettono di portare un contributo ancora più vasto sull'argomento, mi danno agio ad esporre dei criterî nuovi sulla tecnica delle iniezioni quale risultato dell'esperienza ed oltre a confermare sempre più l'utilità e l'efficacia del rimedio e l'innocuità assoluta di esso, precisano meglio l'azione dell'etere secondo le dosi iniettate, la purezza del farmaco, la data d'inizio della cura, l'intensità della malattia e le possibili complicanze di essa.

In alcuni di questi bambini mi sono attenuto alle indicazioni date da Audrain che fu il pri-

---

(1) Policlinico, Sez. pratica, 1921.

mo che nel 1914 riconobbe l'utilità dell'etere nella pertosse, e cioè in soggetti al disotto dei 7 mesi ho iniettato 1/2 cm. di etere a giorni alterni, in soggetti da 1 a 3 anni 1 cm. e sopra i tre anni 2 cm.; in altri bambini ho seguito il metodo di Weil e Doufurt, vale a dire delle iniezioni quotidiane delle stesse dosi, in pochi altri ancora ho voluto sperimentare il consiglio del Nobecourt che ritiene l'etere più efficace se iniettato a piccole dosi ogni 6 ore per tre giorni di seguito.

Molti dei casi da me trattati con l'etere erano nel primo stadio della malattia; altri in periodo convulsivo già conclamato; altri ancora complicati a gravi broncopolmoniti.

I risultati ottenuti si possono rilevare dalla unita tabella dimostrativa e si possono raggruppare così:

a) bambini che dopo quattro iniezioni guarirono completamente e fin dalle prime iniezioni migliorarono;

b) bambini che migliorarono dopo 4 iniezioni e che per guarire hanno avuto bisogno di 8-10 iniezioni ed in alcuni casi anche di più;

c) bambini nei quali l'etere ha modificata la tosse nei suoi caratteri, ma non ha avuto influenza alcuna sulla durata della malattia;

d) bambini che dall'etere hanno ritratto poco o nessun giovamento.

L'iniezione di etere non è dolorosa se fatta profondamente e con gli accorgimenti di tecnica già riferiti nella mia prima nota sullo argomento, e dà al bambino la stessa sensazione sgradevole di ogni altra iniezione: riesce dolorosissima e può portare delle complicanze (necrosi) se fatta poco profonda: è questo un punto sul quale deve essere richiamata tutta l'attenzione del medico onde è bene che l'iniezione sia fatta dal sanitario e non da infermiere.

Giustamente su ciò insiste il Valagussa.

In genere sul punto di iniezione si ha in alcuni casi un lieve arrossamento ed un leggero edema che scompare in pochi minuti, ma questi fatti non possono e non debbono costituire una obiezione seria nè possono formare una controindicazione alla terapia della pertosse con l'etere.

È necessario però che l'etere da iniettare sia purissimo: io ho usato sempre con successo l'etere della Ditta C. Erba in fialette da 1 cmc. e mai mi son servito di tanti preparati del commercio, vantati come specifici della tosse convulsa, tutti a base di etere con aggiunta di altre sostanze (jodoformio, timolo, canfora) nei quali l'azione è sempre quella dell'etere; solo qualche volta ho usato in casi di pertosse complicati a fatti di broncopolmonite una felice combinazione di etere, canfora e cloretore proposta dal collega Modigliani, che mi ha dato ottimi risultati.

Nè può formare controindicazione alla cura l'età del bambino: in numerose iniezioni praticate da me e da colleghi di clinica in bambini di tenera età mai fu visto apparire il più minimo incidente sia localmente come da parte dello stato generale.

La pertosse nel neonato è evenienza rara per le minime probabilità di contagio nelle prime settimane di vita: Raillet, Neurath, Nasso ed altri descrissero casi di tosse convulsa in bambini appena nati ed il Cozzolino nella statistica della epidemia avvenuta a Cagliari nel 1913 ne rapporta 5 in bambini dai 14 ai 25 giorni. Interessante al riguardo della innocuità assoluta dell'etere anche nei neonati sono le due recenti osservazioni del Milio della Clinica Pediatrica di Messina diretta dal Cannata, pubblicate in *Pediatria*, n. 7, 1922.

Nel primo caso trattavasi di una bambina di appena otto giorni allattata dalla madre che aveva una sorellina di 20 mesi ed un cugino di tre anni affetti da pertosse in periodo spasmodico: al 6° giorno dalla nascita cominciò a presentare starnuti ed accessi di tosse secca che sono andati aumentando di intensità e di frequenza sicchè dopo pochi giorni la bambina cominciò ad avere accessi caratteristici di pertosse. La piccina si aggrava per il fatto che la reprise viene sostituita da un breve periodo di apnea che pone in serio pericolo la vita della piccola inferma.

Al 12° giorno di età si inizia il trattamento con l'etere alla dose di 1/2 cmc. a giorni alterni: dopo la terza iniezione gli accessi divengono meno frequenti poi si attenuano di intensità; alla 6ª iniezione la tosse assume il tipo catarrale, poscia gli accessi divennero sempre più rari finchè scomparvero.

Nel secondo caso trattavasi di un bambino di 10 giorni che al 7° giorno di vita si ammalò con corizza, starnuti, voce velata, accessi di tosse secca. Al 12° giorno di vita gli accessi divengono violenti, a tipo spasmodico, si accompagnano a cianosi intensa ed apnea fugace.

Al 13° giorno di età si inizia la cura con l'etere (1 cmc. ogni 2 giorni): tutti i sintomi gradatamente si attenuano, gli accessi si diradano, la tosse perde il carattere spasmodico, cessa il vomito, le condizioni generali rifioriscono ed il bambino dopo otto giorni è completamente guarito.

Come giustamente osserva il Milio quest[illegible]

risultati sono importanti se si considera l'uso limitatissimo che nei neonati può farsi dei composti di oppio, belladonna, ecc. che nei bambini più grandicelli costituirono fino ad ora le basi della ordinaria terapia sintomatica della pertosse, ed io come osservazione generale posso aggiungere che l'etere dà maggiori risultati quanto più piccolo è il bambino che viene sottoposto a questa medicazione.

Da alcuni fu notato prima che il farmaco esplichi una azione sedativa uno stato di eccitazione caratterizzato da notevole irrequietezza fino dalle prime iniezioni di etere, ma francamente una irrequietezza straordinaria io non ho mai potuto notare in centinaia di casi di pertosse caduti sotto la mia osservazione in questo ultimo biennio nel quale ho praticato sempre e sistematicamente la terapia con l'etere: del resto l'agitazione, nel periodo convulsivo, è un sintoma comune che colpisce tutti i bambini con pertosse.

Tutti gli autori descrivono questo periodo della malattia nel quale all'accesso spasmodico nei più grandicelli precede una specie di aura della durata di pochi secondi e che si esplica con senso di oppressione, eruttazioni, sbadigli, senso di paura che spinge i pazienti ad aggrapparsi alle cose ed alle persone vicine e nella notte a sollevarsi sul letto in preda a terribile angoscia onde non deve addebitarsi all'etere ciò che caratterizza proprio la tosse convulsa: Rilliet e Barthez insistono nella descrizione di questo stadio del male come insistono sulla facile compartecipazione del sistema nervoso nei bambini più piccoli nei quali si possono avere oltre alle convulsioni dei fatti più gravi, delle paralisi, emorragie, meningiti, ecc. ecc.

Neurath ammette in questi casi come causa l'elemento tossico circolante nel sangue il quale agirebbe alterando la crasi sanguigna e ledendo le tuniche dei vasi o facendo sentire la sua azione sugli elementi nervosi direttamente e per tal modo egli spiega la patogenesi delle varie complicanze nervose nel decorso della pertosse, delle emorragie gravi, estese e capillari, dei processi di meningite acuta, di encefalopatia, ecc. e delle altre lesioni ora semplici ora complicate che poi causano i varî accidenti descritti dagli autori ed anche i casi di morte improvvisa.

Ne deve essere una controindicazione al trattamento con l'etere lo stato spasmofilo del bambino: in soggetti con tetania il farmaco usato anche a dose elevata mai ha provocato accidenti di sorta, ne ha aggravato la sindrome o è stato causa di convulsioni.

Le convulsioni si possono presentare nella pertosse all'infuori di ogni stato di spasmofilia del bambino.

Reicke (*Zeischrift fur Kind.*, 1920, n. 3) su 342 casi di pertosse notò in 29 le convulsioni: la causa accertata di esse fu varia, in alcuni si notò una meningite purulenta, in altri una trombosi dei seni, in 17 casi si trattava però di semplice eclampsia da pertosse, la quale si presentò in bambini dai 7 ai 20 mesi in un periodo piuttosto precoce di una grave pertosse seguita quasi sempre da esito mortale: i singoli accessi a carattere per lo più clonico tonico, generalizzati, si presentarono in rapporto con gravi attacchi di pertosse, otto volte durante l'attacco convulsivo si ebbe la morte.

Il Reicke ha ricercato quasî sempre il sintoma del facciale e nella maggioranza dei casi fu trovato del tutto assente: l'esame elettrico non rilevò alcun valore anormale.

Queste convulsioni nella pertosse hanno significato grave e secondo la massima parte degli autori deve essere esclusa l'interferenza dei fatti di spasmofilia per spiegarle: sono a mio parere i fatti di meningite sierosa che provocano le convulsioni specie nei bambini di tenera età dal primo semestre di vita al secondo anno appunto per la maggiore labilità dello encefalo in via di sviluppo.

Le ricerche da me praticate (1) sul liquido cefalo-rachidiano nelle forme di pertosse grave (alcune con convulsioni) porterebbero una conferma diretta a questa ipotesi poichè il liquor in tutte le punture lombari da me eseguite si ebbe con una pressione superiore alla norma quasi sempre a getto o a zampillo: questo aumento di pressione del liquor è spiegato da alcuni con il fattore meccanico degli accessi forti e ripetuti che turbano la circolazione cerebrale aumentando fortemente la pressione nel liquor, ma io credo che oltre al fattore meccanico bisogna aggiungere il fattore tossinfettivo che giuoca una parte molto importante poichè le tossine della infezione sono quelle che determinano le lesioni dei centri nervosi e le complicanze più gravi ancora fino all'esito letale.

Notevole nei riguardi della innocuità assoluta dell'etere in bambini con spasmofilia è l'osservazione recente del Veronese della Clinica Pediatrica di Padova (*Gazzetta Ospedali*, 1921) riguardante una bambina di anni 1½, entrata in clinica con broncopolmonite e pertosse: trattavasi di piccina in stato di nutrizione scadentissima, con note spiccate di ra

---

(1) Policlinico, Sez. pratica 1920.

chitismo al cranio ed al torace ed evidente stato *tetanoidico*, con 18-20 accessi giornalieri violentissimi che con la cura dell'etere (1 cmc. al giorno) diminuirono di numero e di intensità, senza nessuna influenza da questa medicazione sullo stato spasmofilo della piccola paziente, malgrado che il trattamento fosse stato continuato per 14 giorni.

***

Nella cura della pertosse con l'etere in generale già sin dalla prima iniezione si ha una azione sedativa sugli accessi che si fa sempre più manifesta alle iniezioni successive: gli accessi si modificano per durata ed intensità non sono più lunghi ed esasperanti come allo inizio del trattamento, cessa il vomito, non sono seguiti da cianosi: questo nei casi più favorevolmente influenzati e che rappresentano il maggior numero.

In altri casi l'azione dell'etere che è spiccata nelle prime iniezioni riesce sempre più meno marcata, gli attacchi diminuiscono per numero lentamente, l'intensità della tosse resta moderata permettendo al bambino di dormire tranquillamente delle ore intiere e di alimentarsi, e la malattia si avvia lentamente verso la guarigione: sono questi i casi nei quali la evoluzione della malattia non è influenzata dall'etere pur restandone influenzati i sintomi principali.

L'etere è più efficace per quanto più presto è istituita la cura: in una osservazione fra le sottonotate, nella quale il trattamento fu iniziato alle prime manifestazioni della malattia, il miglioramento fu rapido e si ebbe la guarigione in pochi giorni: in altri casi, quando la terapia fu iniziata alla 12ª o 15ª giornata, l'azione dell'etere si dimostrò irregolare, talvolta il miglioramento si ebbe alla terza o alla quarta iniezione, e non subito alla prima; talvolta al miglioramento seguì una recrudescenza, poi un nuovo miglioramento e la malattia si avviò a guarigione senza altre recrudescenze.

Altra volta si ebbe una diminuzione di intensità degli accessi fin dalla prima iniezione e poi la malattia fu vista restare stazionaria con tutta la coorte dei sintomi iniziali; in alcuni di questi casi raddoppiando le dosi del farmaco si ebbe subito un notevole miglioramento, in altri casi malgrado l'aumento delle dosi spinte fino al massimo non si ebbe alcun effetto, forse per una specie di assuefazione al rimedio.

Riguardo alle dosi i migliori risultati li ho avuti con il metodo di Nobecourt, vale a dire con le iniezioni di piccole quantità di etere (½ cmc.) ripetute più volte nella giornata, e per tre o quattro giorni consecutivi, ma è metodo di non facile applicazione nella pratica per ragioni facili a comprendersi.

È certo che i migliori successi con l'etere si hanno nei casi più gravi ed è questo uno dei pregi del rimedio che agisce dove gli altri sedativi non hanno effetto o sono infedeli, pur essendo sempre dannosi per il bambino: il principale sintoma, la tosse, è attenuata e sono evitate le complicanze meccaniche multiple che questa tosse può apportare al bambino, onde l'etere se anche non si presenta come un medicamento specifico realizza un grande progresso per lottare contro l'elemento principale della malattia.

Nei casi leggeri l'effetto è meno netto, ma anche in questi casi si ha una diminuzione della durata e della intensità degli accessi.

L'azione dell'etere si dimostra efficace anche nelle complicanze broncopulmonari: Dufourt non è di questa opinione, mentre il Lassalle è entusiasta: le mie osservazioni in proposito si riferiscono a 5 casi nei quali l'efficacia dell'etere è stata molto notevole: in un caso trattavasi di una bambina debole, nutrita al biberon, con stato di nutrizione scadente: fu presa in cura in ottava giornata di malattia quando già i fatti broncopneumonici erano chiari e netti: l'etere in questa osservazione migliorò notevolmente lo stato generale, sollevò le condizioni del polso, ebbe notevole influenza sul numero degli accessi. e condusse alla guarigione della piccina in meno di una settimana.

Nelle altre osservazioni l'azione dell'etere fu sempre notevole non solo sull'andamento della malattia, ma anche sullo stato generale e sullo stato infettivo: l'etere non sembra favorire in questi casi la produzione di bronchiti o di edemi come si osserva quando è impiegato per anestesia e non sembra avere azione congestionante, ma la sua eliminazione lenta all'altezza delle più fini ramificazioni bronchiali porta una azione antinfettiva durante un tempo apprezzabile come ha dimostrato di recente il De Boullions.

È notevole oltre l'azione locale dell'etere la sua azione generale onde è impiegato nelle infezioni gravi come l'influenza, la febbre tifoide, il morbillo, il tetano, ecc. ed anche la tubercolosi: la cura con l'etere porta nel bambino un notevole aumento della diuresi, ciò che è un indice favorevole nel decorso di una malattia infettiva; bisognerebbe studiare la sua azione nella formula leucocitaria, vedere se

Num.	NOME e COGNOME	Età	Giornata di malattia	Dosi di etere impiegate	Esito	Osservazioni
1	Crocetti Maria	a. 2	12ª	4 cmc.	Guarigione	—
2	Ceria Anna	a. 4	14ª	12 cmc,	»	—
3	Ceretti Antonia	a. 4	8ª	8 cmc.	»	—
4	Tagliaferri Augusto	a. 3	8ª	4 cmc.	»	—
5	Tommasoni Vincenzo	a. 7	7ª	7 cmc.	Negativo	Adenoideo
6	Sera Ines	a. 3	9ª	4 cmc.	Guarigione	
7	Dominico Teresa	a. 6	10ª	4 cmc.	»	Broncopulmonite
8	Aimento Mario	mesi 18	11ª	5 cmc.	»	Rachitismo - Spasmofilia
9	De Luca Mario	a. 2	16ª	6 cmc.	»	—
10	Carducci Maria	mesi 28	12ª	12 cmc,	»	—
11	Polidori Mariano	a. 7	8ª	8 cmc.	Migliorato	Nessuna influenza sulla durata della malattia
12	Trovi Renzo	a. 4	6ª	4 cmc.	Guarigione	—
13	Mariani Rosa	mesi 16	8ª	4 cmc.	»	Broncopulmunite
14	Lucarelli Edoardo	mesi 8	9ª	4 cmc.	»	Broncopulmonite
15	Oddi Luigi	mesi 5	12ª	4 cmc.	»	—
16	Lorenzoni Alberto	a. 5	20ª	4 cmc.	Negativo	Adenoideo - Adenopatia tb.
17	Lorenzoni Ada	a. 6	24ª	4 cmc.	»	Adenoideo - Adenopatia tb.
18	Nastri Armida	a. 3	16ª	4 cmc.	Guarigione	—
19	Taddio Alberto	a. 1	12ª	4 cmc.	»	
20	Orazi Aristide	mesi 5	16ª	2 cmc.	»	
21	Marini Elena	a. 2	12ª	6 cmc.	»	
22	Marini Carmela	a. 4	8ª	4 cmc.	»	
23	Ascenzi Alvaro	mesi 6	8ª	3 cmc.	»	
24	Mafaldi Daniele	mesi 6	8ª	2 cmc.	»	
25	Facce Libera	anni 2 1/2	10ª	6 cmc.	»	Broncopulmonite
26	Peinetti Sergio	a. 1 1/2	7ª	4 cmc.	Migliorato	Rachitismo Spasmofilia
27	Moscatelli Otello	a. 1	8ª	4 cmc.	Guarigione	—
28	Franciolini Ugo	a. 1 1/2	10ª	4 cmc.	»	—
29	Falcuni Nestore	mesi 10	10ª	4 cmc.	Guarigione	
30	Pietrucci Mario	a. 6	12ª	4 cmc.	»	
31	Perugini Aldo	a. 2	14ª	4 cmc.	Migliorato	Nessuna influenza sulla durata della malattia
32	Fortini Maria	a. 6	8ª	4 cmc.	»	Nessuna influenza sulla durata della malattia
33	Fortini Rugerio	mesi 17	6ª	8 cmc.	»	Nessuna influenza sulla durata della malattia
34	Laurini Luigi	a. 4	9ª	5 cmc.	Negativo	Pleurite - Adenopatia tb.
35	Laurini Remo	a. 6	8ª	8 cmc.	Guarigione	—
36	Fontana Maria	mesi 18	6ª	6 cmc.	Migliorata	Nessuna influenza sul decorso della malattia
37	Fontana Giulio	a. 2	8ª	4 cmc.	»	Nessuna influenza sul decorso della malattia
38	Dominici Teresa	a. 5	10ª	4 cmc.	Negativo	Adenoideo
39	Casanova Primo	mesi 4	11ª	3 cmc.	»	Adenoideo
40	Giuseppini Remo	a. 7	12ª	10 cmc.	»	Adenopatia tb. - Vegetazione ad.
41	Giuseppini Clara	mesi 18	8ª	5 cmc.	Guarigione	—
42	Conti Giuseppe	mesi 16	7ª	4 cmc.	»	Broncopulmonite
43	Colasanti Ezio	mesi 14	8ª	3 cmc.	»	—
44	Fiori Maria	mesi 20	10ª	4 cmc.	Negativo	Adenoideo
45	Verdat Adriana	a. 1	24ª	3 cmc.	Guarigione	—
46	Manna Gidio	mesi 18	12ª	5 cmc.	Migliorato	Nessuna influenza sul decorso
47	Manna Elena	mesi 13	16ª	4 cmc.	»	Nessuna influenza sul decorso
48	Venditti Aldo	mesi 4	20ª	4 cmc.	»	Nessuna influenza sul decorso
49	Rocchi Ada	mesi 16	12ª	6 cmc.	»	Nessuna influenza sul decorso
50	Rouli Gino	a. 3	18ª	8 cmc.	»	Nessuna influenza sul decorso

attiva la fagocitosi, o se aumenta l'indice alessinico del siero di sangue.

È certo che non ha azione alcuna in bambini adenoidei o con adenopatia tracheo-bronchiale: in molti dei casi da me osservati nei quali l'etere non ebbe alcun effetto, la presenza di vegetazioni adenoidi fu dimostrata dall'esame laringoscopico e del cavo naso faringeo, e l'esistenza di adenopatia fu potuta accertare con l'esame radiologico di controllo eseguito gentilmente dal collega Attili dell'Istituto elettroterapico della nostra Università.

È indiscutibile che il trattamento della pertosse con l'etere dà dei risultati più pronti ed indubbiamente superiori a quelli ottenuti con la vaccinoterapia: il Valagussa che ha trattato numerosi casi di pertosse, sia con il vaccino antipertossico che con l'etere, è della mia opinione: egli riconosce che l'azione preventiva dei vaccini antipertossici è molto più sicura e più attiva dell'iniezione curativa, come aveva osservato prima di lui anche il Luzzatti, ed aggiunge che il *vaccino agisce specialmente se adoperato allo inizio della pertosse*, concordando in ciò col Luzzatti, e nei casi senza complicanze. Ciò io posso confermare. Dalla sua statistica abbastanza numerosa si rileva nei riguardi del vaccino che nel 20 % dei casi si ha la guarigione rapida, nel 30 % si ha miglioramento manifesto, nel 50 % non si osservano effetti veramente notevoli, mentre dalla statistica dei trattati con l'etere nel 20 % dei casi soltanto vi è insuccesso, mentre nell'80 % dopo tre o quattro iniezioni il ritmo della tosse si modifica e gli accessi si attenuano.

La vaccinoterapia della pertosse ha dato sempre risultati contraddittorî e mentre aveva fatto sorgere tante belle speranze non sembra ricevere dallo esperimento le conferme necessarie per l'introduzione del metodo nella pratica corrente a prescindere che il meccanismo di azione dei vaccini in genere è ancora oscuro e non ben precisato e forma oggetto di fervida discussione, poichè le ricerche odierne tendono a dimostrare come l'azione specifica della vaccinoterapia regge debolmente ai lumi di una critica severa.

Concezioni recentissime che scaturiscono da fatti clinici inoppugnabili portano a una revisione completa delle nozioni finora acquisite e riguardanti la specificità dei vaccini e danno nuova luce a problemi vecchi e ne adombrano dei nuovi e portano una rivoluzione completa alla teoria della immunizzazione attiva ed alla parte che in essa spetta ai fermenti del sangue, ai leucociti ed a tutti i poteri di difesa organica.

La vaccinoterapia oggi riceve colpi terribili dagli stessi suoi fautori e col capitolo della proteinoterapia nuovi orizzonti si aprono e novelle ricerche si rendono necessarie nel campo di questa medicazione biologica. Per restare nel tema che ci occupa della tosse convulsa, molte volte, dopo la vaccinazione antipertossica, già poche ore dopo l'intervento, si rende manifesto un miglioramento nei sintomi, che non è possibile nè logico attribuire al vaccino, ma all'azione paraspecifica delle proteine eterogenee contenute in esso, altre volte si nota miglioramento usando del semplice siero di cavallo o del siero antidifterico, o dei vaccini contenenti germi che nulla hanno a che vedere col bacillo di Bordet e Gengou e note sono le recenti esperienze di Reynolds (*Arch. of. Ped.*, 1919) che in 30 casi di pertosse trattati con vaccino specifico non ebbe alcun risultato favorevole, mentre in 21 casi trattati con vaccini misti (stafilococco, bacillo dell'influenza, ecc.) ebbe risultati incoraggianti.

Oltre a ciò è noto come il vaccino non ha azione alcuna nei gravi casi di pertosse e quando la cura è iniziata tardi, mentre l'etere in questi casi dimostra la sua efficacia: ora se si pensa che sono appunto i casi gravi quelli che cadono più di tutti sotto la nostra osservazione, perchè solo allora il bambino pertossico viene affidato alle cure del medico, si capisce come non bisogna esitare un sol minuto e ricorrere all'etere che in ogni caso, combatte l'elemento principale della malattia, la *tosse*, che è quella che arreca con i suoi accessi continui e ripetuti i più gravi danni.

Concludendo con queste nuove ricerche io non posso che confermare il valore dell'etere nel trattamento della tosse convulsa: allo stato attuale rappresenta un progresso nelle medicazioni finora impiegate contro la pertosse.

È senza inconvenienti, può essere usato nei bambini di tenera età, è metodo pratico, economico, e apporta sempre dei benefici anche nei casi nei quali non riesce a debellare la malattia: nelle forme complicate la sua efficacia è fuori di ogni dubbio: realizza sulle altre medicazioni un notevole vantaggio poichè agisce dove le altre falliscono.

A fianco alla vaccinoterapia che ha valore profilattico indiscutibile, deve essere collocato l'etere per le sue proprietà terapeutiche.

Bibliografia. — Oltre quella segnalata nella precedente nota:
COMTY. Presse méd., 1921.
TARTROU. *Contribution à l'étude de l'action de l'éther*, ecc. (Thèse de Paris, 1921).
AUCHIER, Thèse de Paris, 1921.
NOBECOURT. Précis de médicine des enfants.
AURICCHIO. Pediatria n. 15, 1921.

IVES DES BOUILLONS. *De l'influence de l'éther dans le coquelucle.* Thèse de Lyon, 1921.
VALAGUSSA. Consultazioni di clinica e terapia inf., Edizione 1921.
D'AROMA. Policlinico, Sez. pratica, 1921, n. 23.
MAGNI. *Le iniezioni di etere nella pertosse.* Rivista Clin. Pediatrica, n. 5, 1922.
Pediatria, anno 1922. Discussione alla Sezione napoletana della Soc. Ital. di Pediatria.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. GHERARDO FERRERI.

Di un voluminoso polipo etmoidale a diramazioni multiple.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, aiuto.

P. Eugenia, di anni 18, da Roma, si presenta all'ambulatorio della Clinica perchè sofferente di ostruzione nasale.

Ha genitori viventi e sani; varii fratelli e sorelle in buona salute; una di queste ultime è affetta da otite media purulenta cronica bilaterale.

Soffri dei comuni esantemi nell'infanzia. Intorno all'età di 8 anni fu operata di raschiamento della volta faringea e di ablazione delle tonsille palatine.

Mestruata a 13 anni, regolarmente.

Circa la presente infermità la p. narra che da oltre un anno si avvide di respirare a stento col naso, di essere quasi sempre «raffreddata», di andare soggetta a frequenti cefalee gravative a tipo frontale, di avere il sonno agitato e interrotto. L'ostruzione nasale, che si era iniziata a carico della fossa nasale di sinistra, si estese anche alla destra e andò progressivamente aggravandosi. In questi ultimi tempi la voce si era fatta nettamente nasale (*rinolalia chiusa*), si era reso difficile il parlare a lungo ad alta voce, come ad es. la lettura in scuola, ed anche notava una certa difficoltà nella deglutizione dei cibi solidi.

All'E. O. l'inferma si presenta di statura regolare, a cute rosea, di costituzione linfatica, con *facies* adenoidea. Il naso è slargato alla radice, specie a sinistra. La respirazione è unicamente boccale.

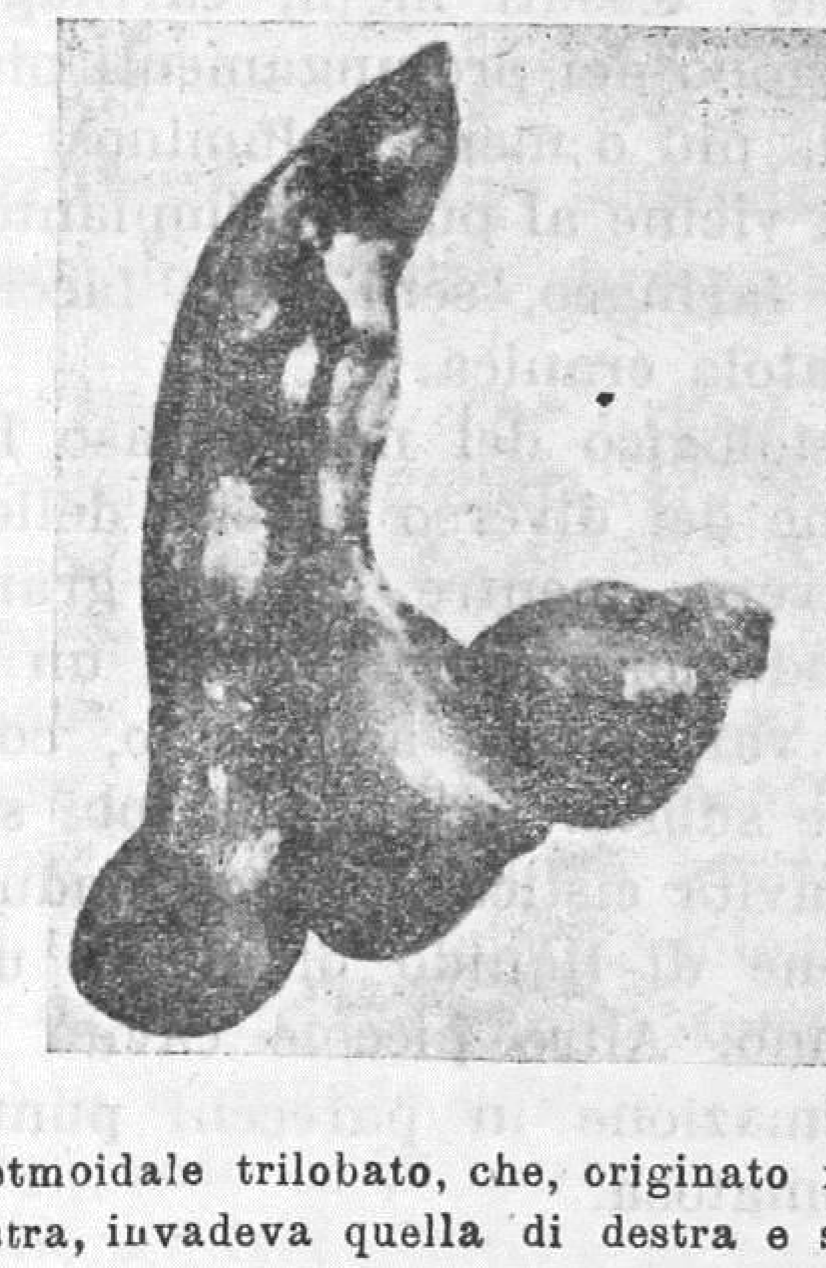
Alla rinoscopia anteriore si osserva che la fossa nasale di sinistra è tutta occupata da masse polipose, mixomatodi, flaccide, pallide, che scendono dall'alto, di certo di origine etmoidale. Dette masse occupano sin quasi al vestibolo la narice corrispondente e nascondono i turbinati.

Esplorando la fossa nasale destra si osserva che essa è occlusa soltanto nella metà posteriore da una voluminosa massa polipoṡa, a superficie liscia, di colorito roseo, che all'aspetto e al tatto — mediante uno specillo ottuso — appare di consistenza più spiccata, in confronto delle produzioni dell'altra narice. Quest'ultima massa si può circondare mediante specillo, meno che in alto. Non sanguina durante questi esami.

All'ispezione della faringe si osserva subito come il palato molle sia quasi immobile e spinto in basso e in avanti, per la presenza di una massa carnosa, di colorito rosso-vinoso, a superficie liscia, del volume di una piccola noce, che scende dalla volta faringea e sporge dietro all'ugola un poco edematosa e prolassata.

Di fronte alla presenza di queste varie masse polipose, che a sinistra avevano il netto carattere della etmoidite vegetante, mentre nella fossa nasale destra e ancor più nella faringe acquistavano le note di produzioni fibromatose del naso-faringe, prima di ammettere la coesistenza di due forme così diverse per etiologia e svolgimento, si eseguirono delle radiografie del cranio, di lato e di fronte. Esse non diedero che un opacamento del labirinto etmoidale di sinistra, innalzato e slargato *in toto*.

Decisi quindi di intervenire da questo lato, sperando così di portar luce sulla presenza delle restanti masse polipose. Previa anestesia locale cocainica-adrenalinica, mediante adatte pinze a cucchiaio afferrai alla radice i polipi mucosi della narice sinistra e li recisi alla base. Invitata a soffiare la paziente, questa, mediante riflesso faringeo vivace, espulse un voluminoso polipo profondamente trilobato,



Polipo etmoidale trilobato, che, originato nella fossa nasale di sinistra, invadeva quella di destra e scendeva nella faringe (ridotto di oltre la metà).

ancor più di quanto non renda l'annessa figura. Esplorai subito le cavità naso-faringee e con sorpresa le vidi completamente liberate di ogni ostruzione. Completai rapidamente con le pinze e il cucchiaio il vuotamento dell'etmoide di sinistra e zaffai la cavità con garza iodoformica: dopo due giorni di riposo l'inferma era guarita e le era restituita l'integra respirazione nasale.

Il caso illustrato ha un certo interesse diagnostico e patogenetico, poichè non credo — almeno per quanto ho potuto vedere dallo spoglio della letteratura al riguardo — sia stato mai descritto che una massa polipoṡa di origine etmoidale abbia assunto tale sviluppo di invasione. Io stesso ho asportato dei polipi etmoidali di volume cospicuo, multilobati, a forma di ventaglio, quale, ad esempio, quello tolto ad un contadino di 20 anni, da S. Polo

de' Cavalieri, e il cui pezzo è conservato nel museo della Clinica. L'enorme tumore aveva superato tutti i turbinati e si era innicchiato in tutti i meandri della fossa nasale che gli aveva dato origine. D'altronde lo studio dell'anatomia patologica di queste forme (1) mostra come sia possibile lo sviluppo rigoglioso delle masse mixomatodi di provenienza etmoidale.

Il lato caratteristico *sui generis* dell'esemplare qui illustrato sta nel fatto della diversa struttura del *tumor* nelle varie diramazioni e nell'andamento invadente assunto da esse, quasi si trattasse di un fibroma naso-faringeo. Il potere di espansione di questi tumori è tale da impressionare; così che sovente ne resta deformato nel volto non più umano l'infelice che ne è affetto. Tali neoproduzioni, sorte su una metà del naso-faringe, a misura che aumentano di volume (2), spostano,, usurano, perforano quanto trovano di ostacolo alla loro espansione: tessuti molli, cartilaginei ed ossei, e spingono dei prolungamenti più o meno numerosi, più o meno voluminosi a invadere le parti vicine al punto d'impianto: fosse nasali, cavo faringeo, seni della faccia, cavo orbitario, scatola cranica.

L'esame istologico del nostro caso ha dato anche ragione del diverso aspetto delle masse polipose. Invero, mentre la più gran parte della neoproduzione risultava di un tessuto mixomatoso variamente addensato, come per compressione subita, in uno dei lobi si aveva una vasta cavità cistica a pareti ondulate regolari, ripiene di liquido filante di un colorito paglierino. Altre piccole cavità cistiche sono in formazione in parecchi punti della massa mixomatosa.

(1) U. L. TORRINI. *Fibromi naso-faringei.* (Atti della Clinica oto-rino-laring. della R. Università di Roma, XII, 1914, 371).

(2) U. L. TORRINI. *Fibromi naso-faringei.* (Atti suddetti, XVIII, 1920, 77).

SUNTI E RASSEGNE.

ENDOCRINOLOGIA.

Un caso di emoglobinuria parossistica corretto con l'opoterapia endocrina

(MONTES PAREJA. *Anales de la Facultad de med. de Montevideo*, 1921, n. 2).

Un soldato di 27 anni nel novembre del 1919 cade sotto l'osservazione dell'A. poichè dall'età di quindici anni ha notato l'emissione di tanto in tanto di orine chiaramente ematiche. Tali orine a detta del p. si mostrano poi dal giorno in cui presta servizio militare, ogni qual volta monta di guardia nelle notti invernali.

All'esame obbiettivo non si nota nulla a carico degli apparati polmonari e cardiovascolari.

L'aumento relativo dei diametri antero posteriore toracico e ipocondriaco, la minor altezza ed il minor peso rispetto alla sua età, mostrano evidenti disturbi endocrini. Oltre ciò si nota un arresto marcato dell'apparato genitale, con ipoplasia della verga, dei testicoli ed anche della prostata. Il monte di Venere è limitato in alto da una linea orizzontale come nelle donne; atricosi del rafe perineale e della regione perineale. È imberbe, ha la pelle del viso glabra e lucente, capigliatura rude ed abbondante.

Negativi sono i segni del Löwi e la glicosuria adrenalinica. L'iniezione sottocutanea di un quarto di mmgr. di fisostigmina non modifica la pressione arteriosa, ma rallenta il polso per qualche minuto. L'atropina non modifica il ritmo del cuore e lo stato delle pupille. L'opoterapia tiroidea modifica chiaramente il metabolismo azotato. La tiroide però non si palpa, e la radiografia della base del cranio non mostra alcuna alterazione della sella turcica. Dal punto di vista psichico, il p. mostra una ipoevoluzione mentale parziale, con deficiente intelligenza e senso critico, con carattere irascibile ed assenza di istinti genesici.

L'esame degli organi addominali non rivela alcuna alterazione.

Nulla a carico delle urine. La reazione di Wassermann è positiva nel sangue; morfologicamente nel sangue nessuna particolare alterazione se si eccettui una lieve leucopemia.

L'immersione delle mani nel ghiaccio durante 10 -15 minuti mostra una reazione di Erlich costantemente positiva, e le urine esaminate durante la prova, mostrano l'assenza di ematuria e cilindruria, la comparsa dell'albumina qualche minuto prima dell'emoglobina la quale scompare mezz'ora prima dell'albumina. La

globulina compare e scompare con l'emoglobina. L'eliminazione dell'acido urico presenta leggere variazioni durante la crisi emoglobinurica, contrariamente a quella dell'urea e dei cloruri: queste due ultime curve si sovrappongono abbastanza esattamente. Mai nelle urine presenza di emosiderina o di stromi globulari. Lo studio della resistenza globulare durante la crisi mostra che i globuli rossi del malato hanno prima e durante la crisi, una resistenza uguale a quella dei globuli rossi normali; una diminuzione della resistenza si trova durante la crisi con i globuli rossi deplasmatizzati.

L'emolisi si produce durante la prova di Donath e Landsteiner, allorchè i globuli rossi del malato si trovano in presenza di siero normale. L'emolisi si produce anche quando si mettono i globuli rossi dell'emoglobinurico in presenza di siero di tabetici, la qual cosa non si verifica se si usano globuli rossi normali. L'acqua salata nella prova di Weil e Chevalier, non agisce attenuando il complemento poichè i globuli sensibilizzati emolizzano con una soluzione di complemento e siero fisiologico.

Le prove di Kumagai e B. Inoue e di Donath-Landsteiner sono state simultaneamente positive (Kumagai e B. Inoue, con la loro reazione vogliono mettere in evidenza delle emolisine non svelabili con i comuni processi ;essi, credono che il siero contenga un anticomplemento che impedisca qualsiasi distruzione globulare).

La crisi emoclasica precede la crisi urinaria. La leucopenia periferica non si accompagna a iperleucocitosi centrale, ma con leucopenia centrale di minor entità della periferica. L'emoglobinemia compare regolarmente non appena il termometro sale, il chè confermerebbe l'ipotesi del Lichtein il quale attribuisce la febbre alla presenza di emoglobina nel sangue. Durante la crisi persiste una notevole leucopenia insieme alla inversione della formula.

A poco a poco, durante quattordici mesi, il quadro si modifica. Gli accessi emoglobinurici che all'inizio non apparivano che in occasione di grandi raffreddamenti, si producono in ogni epoca, anche nei giorni più caldi, all'infuori di ogni causa occasionale. Gli accessi che da principio duravano qualche ora, divengono più lunghi e si trascinano per giorni e giorni. La pressione arteriosa aumenta, compare un'insufficienza aortica, un subittero, un cospicuo tumore di fegato e della milza. L'urina contiene urobilina e pigmenti biliari anche all'infuori degli accessi di emoglobinuria. Nel sangue compare una ipereosinofilia ai danni dei neutrofili.

Cura: il trattamento antiluetico, diretto a combattere la causa che più di ogni altra ci spiega simili casi di emoglobinuria, rimane senza effetto contro gli accidenti parossistici, non solo, ma non riesce a fermare la marcia progressiva dell'affezione (arsenico, mercurio, ioduro di potassio, arsenobenzoli). Al contrario, l'uso dell'opoterapia tiroidea, istituita al solo scopo di studiare i fenomeni del metabolismo organico in un soggetto affetto da insufficienza funzionale della ghiandola tiroide, ebbe un risultato inatteso.

La somministrazione di ghiandola tiroide, prima nella quantità di 25 mmgr. al giorno, poi aumentando fino a giungere a 0.20 centigrammi quotidiani, soppresse gli accessi anche sperimentali di emoglobinuria.

L'A. si diffonde quindi a spiegare il probabile meccanismo di azione, mettendo in evidenza i nuovi problemi patogenetici che lo studio del caso presente rivela allo studioso.

MONTELEONE.

Sclerodermia a tipo sclerodattilia con insufficienza surrenale.

(J. H. SEQUEIRA, M. D. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, aprile 1922).

Molti riconnettono la sclerodermia con una alterata funzione delle ghiandole endocrine, nè rare sono le descrizioni di casi, anche di tipo diverso dal presente, associati con affezioni di organi a secrezione interna.

Trattasi qui di una donna polacca 24enne, maritata, dalla cui anamnesi familiare rilevasi soltanto la madre affetta da gibbosità e uno dei figli nato al 7° mese.

L'affezione s'inizia allorchè la paziente è al 3° mese di gravidanza, un anno prima del ricovero, con gonfiore diffuso delle mani e dei piedi seguito, dopo alcuni mesi, da ulcerazioni sulle dita delle mani.

Le note obbiettive raccolte all'ammissione sono le seguenti. L'espressione normale del volto è sostituita da una specie di maschera liscia e immobile. La chiusura totale delle palpebre è impossibile. La cute del volto è di un colore terreo-scuro, resistente al tatto e priva della normale elasticità. Alle mani le dita sono flesse in permanenza alla 1ª e 2ª articolazione falangea e presentano delle ulcerazioni.

Esiste notevole limitazione dei movimenti di flessione dei gomiti e delle ginocchia. Le dita dei piedi, mobili normalmente, sono però fredde e bluastre: limitatissimi i movimenti del collo del piede. Oltracciò chiazze di sclero-

dermia iperpigmentate si osservano sulla porzione anteriore del torace e sulle spalle, ed anche indipendentemente dai tratti sclerodermici, esistono zolle di iperpigmentazione

L'esame degli organi interni e della tiroide è completamente negativo. Reperto normale danno le varie ricerche sul sangue, sul liquido c. r. e sulle urine. L'esame radiologico mostra lieve rarefazione delle ossa dei segmenti affetti.

L'esame istologico indica in primo luogo un abbondante deposito di pigmento melanico nelle cellule dello strato basale dell'epidermide: secondariamente, nelle zone papillare e subpapillare, un'infiltrazione perivascolare costituita in prevalenza da cellule cariche di pigmento, da mastzellen e da plasmacellule in minor numero.

Fu appunto in base a tale abbondante reperto di melanina che si volle saggiare il comportamento della pressione sanguigna di fronte alla somministrazione dell'adrenalina. Come risultato si ebbe un rapido innalzamento della pressione dall'altezza iniziale di 90 mm. fino a 175 mm. Reazione che incontestabilmente dimostrava uno stato d'insufficienza surrenale.

In seguito a ciò l'autore, tralasciando le cure intraprese, con scarso risultato, a base di massaggi e di preparati tiroidei, si propone di saggiare sulla paziente l'innesto di tessuto ghiandolare surrenale attendendo di comunicarne presto i risultati. M. AGOSTINI.

UROLOGIA.

Pielonefrite non tubercolare.

(A. H. CROSBIE. *The Boston med. a. Surg. Journal*, 6 ottobre 1921).

La massima parte delle cosidette pieliti sono in realtà pielonefriti; il processo flogistico interessa la parete della pelvi e i tubuli renali, rispettando, di regola, i glomeruli. Nei casi gravi il rene presenta numerosi ascessolini puntiformi. La funzione renale è molto meno lesa che nei casi di nefrite acuta, quindi mancano gli edemi; possono presentarsi quando buona parte del tessuto renale è distrutta.

Nei primi attacchi il pielogramma è negativo: si può vedere dilatazione della pelvi e dei calici dopo ripetuti attacchi, se vi è ostruzione cronica (compressione dell'uretere da vaso aberrante, certe deformazioni della pelvi renale, ecc.).

Gli ascessi perirenali sono rari, e per lo più non danno piuria: deriverebbero dalla rottura di ascessi corticali del rene.

Tutti i piogeni possono esser causa di pielonefrite: il più frequente è il colibacillo. Talora si trova il proteo, che è ureolitico, e produce assai cattivo odore.

Secondo l'A. i germi seguono generalmente la via sanguigna: sono gli stessi che vengono abitualmente escreti senza danno pel rene; se però l'organismo tutto, o il rene, sono in condizioni di menomata resistenza, i germi si fissano su di questo, ed esplicano la loro azione patogena. Principali fattori che diminuiscono la resistenza generale sono tutti i surménages, la mancanza d'esercizio fisico, la poca regolarità dell'intestino, ecc.; la predisposizione locale è data principalmente da tutti gli ostacoli al deflusso dell'urina dall'uretere o dall'uretra.

L'infezione ascendente per l'uretere sarebbe possibile soltanto nei non rari casi di uretere assai dilatato per ritenzione di urina in vesica; l'A. ritiene tuttavia che spesso i germi ascendono dalle basse vie urinarie alle più alte per i linfatici; i brividi e la febbre da cateterismo sembrano appoggiare questa tesi.

Secondo la gravità dell'infiammazione i sintomi vanno da un lieve bruciore nella minzione fino alla febbre alta con brividi e prostrazione profonda. Il più evidente è la pollacuria, talora fino alla stranguria. Spesso si diagnostica una cistite, che è secondaria, e si trascura la pielite che è generalmente primitiva.

Il dolore è sintoma variabile: è a tipo di colica renale se muco o pus ostruisce gli ureteri, è in tal caso l'urina emessa può esser limpida, mentre ritorna purulenta col ricanalizzarsi degli ureteri, insieme con la caduta della febbre e la scomparsa del dolore. I brividi ricorrenti e la febbre possono essere il primo sintoma: l'esame delle urine e del sangue escluderà la malaria. L'ematuria non è rara nello stadio acuto: talora è solo microscopica.

La piuria più o meno intensa non manca mai. I cilindri sono scarsi o mancano, si possono trovare cilindri di pus.

La quantità delle urine non è così scarsa, nè l'albumina così abbondante come nella nefrite acuta.

Soggettivamente non vi è senso di grave malattia, neanche nei pazienti a letto, con febbre, salvo il caso di una lunga durata del male (gestanti, ad es.) che può condurre anche alla cachessia. Spesso la lingua è patinosa. Generalmente sono presi entrambi i reni, in disuguale misura. Può esservi dolorabilità o senso di tensione alle regioni renali, non sem-

pre in rapporto con la gravità del male. Sopratutto è da esplorare l'angolo costovertebrale, dove si manifestano anche i primi segni di un eventuale ascesso perirenale.

L'A. fa rutinariamente, oltre l'esame chimico e microscopico delle urine, anche quello culturale, la cistoscopia e il pielogramma: ma di solito in primo tempo si astiene da ogni intervento a scopo puramente diagnostico, aspettando che i fatti più acuti scompaiano.

La pielonefrite acuta per lo più ha un decorso favorevole, quindi è raramente indicata la nefrectomia, tanto più se si tien conto che il processo è di solito bilaterale. L'A. riferisce il caso di una gestante, con febbre alta, brividi, dolorabilità della regione renale sinistra che appariva tumida. Poi anche il rene destro fu preso, più gravemente del sinistro; le condizioni generali si fecero sempre più gravi, comparve nausea e vomito. Per ragioni estramediche non fu permesso l'aborto. Sorto il sospetto di un ascesso perirenale destro, l'A. mise allo scoperto il rene con anestesia locale: era un rene grande, coperto di piccole macchie gialle; l'ascesso non vi era.

L'A. si contentò di decapsulare il rene scoperto, e non volle asportarlo, benchè apparisse molto leso dal processo suppurativo, date le condizioni dell'altro rene. Il vantaggio non fu grande, però pochi giorni dopo l'inferma spontaneamente abortì, e da allora il miglioramento fu assai rapido. L'A. ritiene che le pieliti gravidiche non guariscono finchè l'utero non si vuota con l'aborto spontaneo, o provocato (nei casi gravi), o col parto.

Riferisco poi un altro caso, insorto sei giorni dopo un'isteropessi, che appariva anche più grave del precedente: praticò il cateterismo ureterale che dimostrò ancora alquanto attivo il rene più leso, onde si rifiutò di asportarlo.

La linea di condotta consigliata pel trattamento delle pielonefriti acute è la seguente: riposo a letto, introduzione di forti quantità di liquidi per bocca e per ipodermoclisi fino ad ottenere due litri e mezzo di urina al giorno, dieta blanda con limitazione sopratutto della carne. È importante tenere l'alvo aperto. Se è in causa il colibacillo, che non si moltiplica nelle urine alcaline, conviene dare forti dosi di citrato potassico: negli altri casi giova dare fin dall'inizio l'urotropina. Nelle sindromi di occlusione ureterale spesso giova il cateterismo degli ureteri, ed un prudente lavaggio della pelvi renale.

Dopo lo stadio acuto conviene investigare col cateterismo ureterale e col pielogramma se vi sono tumori, calcoli, inginocchiamento dell'uretere, o altre anomalie che, facendo ostacolo al deflusso delle urine, possano render facile lo stabilirsi di una pielonefrite cronica.

L'A. per la pielografia empie il bacinetto con una soluzione al 25 per cento di bromuro di sodio, e fa un pielogramma col catetere nell'uretere; ritirato il catetere di parecchi centimetri, prende un altro pielogramma, mentre inietta altri pochi centimetri cubi di liquido, ed ordina al paziente di restare in forzata inspirazione: con tal metodo mette sicuramente in evidenza eventuali inginocchiamenti dell'uretere.

Nelle pielonefriti croniche è utile il lavaggio della pelvi: l'A. preferisce al nitrato d'argento il mercuriocromo al 2 1/2 %, sopratutto quando non v'è che bacilluria, e pollacuria dolorosa. Se è distrutto molto tessuto renale lava un rene alla volta, altrimenti li lava entrambi nella stessa seduta. Inietta nella pelvi quattro o cinque cc. di liquido, che vuota dopo cinque minuti.

In qualche caso di flogosi cronica con distruzione notevole di tessuto renale, l'A. è ricorso alla nefrostonia e al drenaggio del bacinetto attraverso il rene. DORIA.

La tubercolosi renale.

Studio clinico di una serie di casi operati.

(GASPARRI. Dal *Journal d'Urologie*, volume X).

L'A. sulla base di 16 casi studiati completamente trae le seguenti conclusioni:

La tubercolosi renale è più frequente nella donna che nell'uomo; più frequente a destra che a sinistra l'età media 35 anni.

1º *Lesioni nella tubercolosi renale.* — La lesione iniziale si inizia meno che in due casi nella regione midollare. Il volume del rene il più delle volte non è modificato: la percezione di un grosso tumore renale può essere dovuta o alla perinefrite concomitante o alla distensione per il pus.

La superficie del rene è raramente priva di lesioni, più spesso la si trova seminata di granulazioni o sollevata da focolai caseosi o da ascessi.

La superficie di sezione si trova disseminata o da granulazioni miliari o da tubercoli più o meno grossi o scavata da caverne con prodotti caseosi.

Il rene può essere escluso per l'esistenza di una ureterite che interrompe la normale comunicazione fra rene e vescica.

La lesione più comune a riscontrarsi è quel-

la consistente in caverne più o meno grandi e variamente disposte.

La pelvi che generalmente è di dimensioni normali e poco alterata è stata trovata in un terzo dei casi leggermente dilatata; la mucosa è finemente granulosa.

L'uretere è abitualmente colpito, le sue pareti si trovano alcune volte ispessite, altre volte distese.

Il peduncolo è ispessito, più corto del normale e meno elastico.

2° *Sintomatologia.* — I sintomi di una cistite ribelle sono quelli che dominano.

La pollachiuria, soprattutto notturna, è costante; può giungere fino alla completa incontinenza. Essa è dovuta in parte alla diminuita capacità vescicale, in parte alla poliuria che oscilla attorno ai due litri. Le minzioni sono dolorose soprattutto all'ultime gocce.

Il pus abbondante nei casi di pionefrosi, nei casi moderati intorbida appena l'urina.

L'ematuria è meno costante. Quando è totale essa proviene dal rene, quando è terminale proviene dalla vescica ulcerata. In tutti i casi però l'esame microscopico rivela globuli rossi nelle urine.

Il dolore lombare con irradiazione al ventre ed alla gamba corrispondente è un utile segno per stabilire il rene colpito, ma spesso tale dolore può avere sede anche dal lato sano.

Lo stato generale, alterato in alcuni casi, può essere anche floridissimo in altri.

La palpazione permette talvolta di riscontrare un rene grosso e doloroso, tal'altra un rene semplicemente grosso, tal'altra ancora riesce negativa.

L'esplorazione vaginale permette qualche volta di palpare l'uretere sotto la forma di un cordone duro: permette sempre di risvegliare un dolore con la pressione sul suo tragitto.

L'esame rettale nell'uomo raramente dà dei segni.

L'esame delle urine raccolte asetticamente rivela la presenza di bacilli di Koch nel 75 % dei casi. Un esame negativo non risolve la questione.

La cistoscopia dà lumi sulla natura della cistite e sul lato colpito poichè le lesioni sono più accentuate in una metà della vescica e soprattutto maggiori attorno all'orificio ureterale corrispondente al lato malato.

Il cateterismo degli ureteri si pratica raccogliendo con la sonda ureterale le urine della parte malata, quelle della parte supposta sana saranno raccolte con una sonda vescicale. Ciò per impedire che avvenga una inoculazione nell'uretere sano per mezzo della sonda che ha attraversato la vescica malata. Solo in casi eccezionali quando vi è impossibilità di cateterizzare il rene malato, si raccoglieranno le urine del rene sano con la sonda ureterale e quelle del rene malato con la sonda vescicale.

L'urina del rene malato ha un aspetto torbido, biancastro, acquoso: l'esame microscopico rivela leucociti deformati e degenerati, emazie, e qualche volta bacilli di Koch.

L'esame funzionale comparativo dei reni mostrerà la deficienza funzionale del lato malato, l'attività compensatrice del rene sano. In certi casi è utile adoperare tutti i mezzi sussidiari quali la prova della florizzina, del bleu di metilene, la prova della poliuria sperimentale, quella della eliminazione ftaleinica.

3° *Trattamento.* — La nefrectomia deve essere fatta pù presto che è possibile, giacchè è indubitato che la tubercolosi renale è incurabile spontaneamente. È consigliabile la narcosi con liquido misto di cloroformio e etere. La nefrectomia deve essere fatta per via extracapsulare; solo in casi di aderenze solidissime, per via sotto-capsulare. Si sezioni l'uretere col termocauterio il più lontano possibile dalla pelvi. Si leghi il peduncolo, da prima in massa, separatamente di poi arteria e vena.

L'A. consiglia di drenare sempre la cavità con due grossi drenaggi o con striscie di garza; egli crede almeno molto arrischiata anche nei casi più favorevoli la sutura completa senza il drenaggio.

U. BANI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

B. MOYNIHAN. *The Spleen and some of its diseases*. London Wright. Litd. 1921. 21/net.

Alcune malattie della milza, che fino a pochi anni fa erano credute di competenza medica, sono studiate da Moynihan. Precedono nozioni anatomiche, di fisiopatologia della milza alla trattazione delle sindromi cliniche.

L'anemia perniciosa, la leucemia, la malattia di Hodgkin, l'anemia splenica, l'ittero emolitico, la malattia di Gaucher, di Jaksch, la policitemia, rientrano nel gruppo di malattie, che, secondo il concetto dell'A., non rappresentano affezioni isolate dell'organo, ma sono l'espressione di malattie generali, di cui bisogna ancora studiare l'etiologia. In un capitolo sono trattati i rapporti tra milza e fegato; numerosi schemi originali servono a rendere anche più chiaro il concetto direttivo informatore di questa serie di conferenze, pubblicate in magnifica veste tipografica, dalla benemerita casa editrice.

t. p.

BRULÉ M. *Recherches sur les ictères*. Masson, ed. Prix. Fr. 9. Paris.

È la terza edizione del fortunato volumetto di Brulé, nel quale l'A. si fa abile divulgatore delle nuove vedute sulla patogenesi degli itteri sostenuta in Francia dalla scuola di Widal. L'interesse suscitato ha esaurito rapidamente le due prime edizioni e l'A. ha preso occasione dell'edizione nuova per metterla al corrente delle ultimissime ricerche e per dare un certo sviluppo a qualche argomento appena accennato nella prima.

Il benefizio, che la discussione sulle idee divulgate così magistralmente dall'A. dovrà portare, se pure in qualche parte sarà demolizione, si risolverà in una vera utilità teorica e pratica per la scienza medica. *t. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 18 *aprile* 1922.

Presidente: on. DORE — Segr.: prof. BELLUSSI.

Endocrinologia e esame morfologico.

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. nella sua comunicazione perviene alle seguenti conclusioni:

1) I nuovi studi endocrinologici hanno rimesso in valore l'importanza dell'esame morfologico nello studio dei fenomeni della psiche da tempo proclamato da Cesare Lombroso e sempre meglio confermato, malgrado le opposizioni fatte dalla sua scuola;

2) Le osservazioni morfologiche non devono in endocrinologia essere circoscritte nei riguardi della costituzione morfologica generale secondo i criteri del De Giovanni, ma estendersi nei riguardi di tutta la personalità secondo il criterio antropologico criminale;

3) Specialmente per quanto si riferisce ai caratteri craniologici si impone, dimostra l'O., la necessità che si segua nella osservazione e descrizione dei caratteri una rigorosa metodologica secondo il metodo descrittivo da tempo applicato nella Scuola di Roma che ha tanto contribuito alla conoscenza delle varietà dei tipi cranico-facciali nei delinquenti e negli altri anormali;

4) Per quanto poi si riferisce all'affermazione di rapporti eziologici tra tipi endocrini e certe specialità criminali è necessario guardarsi da certe pericolose generalizzazioni e dimostra l'O. la necessità di non ricadere negli errori incorsi nelle primissime osservazioni di Antropologia Criminale nell'affermazione di certe caratteristiche dei delinquenti con deduzioni aprioristiche affermanti con troppa facilità rapporti tra tipi endocrini e specialità criminose.

Istituzione di un Casellario Centrale per gli infortunati al Ministero del Lavoro.

Prof. OTTOLENGHI. — In occasione di questa comunicazione, viene votato il seguente ordine del giorno, che fu inviato a S. E. il Ministro dei Lavori Pubblici:

« La Società di Medicina Legale di Roma, nella « seduta del 18 aprile 1922, resa edotta dal Socio « prof. Ottolenghi della istituzione del *Casellario* « *Centrale* per gli infortunati presso cotesto Mi« nistero del Lavoro, istituzione che era stata pro« posta dal medesimo nella comunicazione fatta « nella seduta del 10 luglio 1918, che venne appro« vata dalla Società e trasmessa allora al Mini« stero dell'Industria e alla Cassa degli Infor« tuni;

« Plaude a detta istituzione e fa voti perchè « dessa funzioni in modo da poter corrispondere « alle esigenze della pratica e della scienza ».

Su una reazione chimica del fenolo.

Dott. BELLUSSI. — Aggiungendo a 2 centimetri cubi di fenolo al 2 % un cristallino di fosfato ammonico e di arsenico di soda più alcune goccie di acqua ossigenata al 3 % e ponendo a bagno-maria a 60 gradi circa, compare colore roseo dovuto ad ossidazione del fenolo. Nei controlli l'ossidazione avviene più tardi. Trattasi di accelerazioni dell'ossidazione per azione catalitica e la reazione rientra quindi nel novero delle reazioni catalitiche.

Istituzione del servizio antropologico biografico nelle Carceri militari di Roma.

Dott. ARBORE. — Nel suo servizio come medico nelle Carceri militari di Roma ha istituito, per consiglio del prof. Ottolenghi, la Cartella Biografica del militare carcerato che consiste di tre parti: esame antropologico biografico, esame clinico e storico, esame diretto; vi sono aggiunte le impronte digitali e la fotografia di fronte e di profilo. Come dimostra con esempi convincenti ha potuto per mezzo di tale servizio già dare un efficace contributo alla conoscenza antropologica clinica e biografica del militare con notevoli vantaggi nell'Amministrazione militare.

Sifilide osseo-articolare del ginocchio post-traumatica.

Prof. S. DIEZ. — Illustra un interessante caso di un operaio luetico a 20 anni che riportò successivamente trauma al ginocchio destro. La sintomatologia morbosa manifestatasi a carico di detto ginocchio successivamente fu dapprima ritenuta di natura specifica, come tale curata. Fu successivamente praticata la resezione del ginocchio senza nessun beneficio. Ulteriore esame dimostrarono trattarsi di fatto luetico. La cura di cui beneficiò stette a comprovarlo. L'O. fa interessanti considerazioni sul caso sia dal punto di vista dottrinale che pratico di fronte alla legge degli infortuni.

Dott. BELLUSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Un caso di lipoma gigantesco della coscia di origine ostioperiostea.

O. Uffreduzzi (*Giornale della R. Accad. di Med. di Torino*, n. 7-8-9, a. LXXXIV, pag. 190). Sono casi molto rari e di cui pochi ne sono riportati nella letteratura.

R. P. a. 54, tessitore, da Biella. Da dieci anni nella faccia interna della radice della coscia destra tumefazione della grandezza prima di un pugno, mobile, molliccia; lentamente accrescentesi di anno in anno fino al volume da dare un diametro massimo di 50 cm. circa e una circonferenza di m. 1.10; ricoperto da cute ulcerata nella parte distale. Sono distesi sul tumore la safena interna, nonchè il sartorio e il vasto interno.

Operazione: Ischemia preventiva dell'arto; lembi cutanei peduncolati sia in alto che in basso; isolamento del tumore, di cui il peduncolo è impiantato sul piccolo trocantere, faccia inferiore; sua escissione. Peso del tumore Kg. 28.

Pochi i casi di lipoma osteoperiosteo del piccolo trocantere; di essi i più voluminosi quelli di Walther (7 Kgr.), quello di Sibilean (quanto una testa di adulto) e quello descritto sommariamente da Nélaton.

La loro posizione è instabile; poco valore ha l'ipotesi che siano di origine congenita. Poco importante è l'età di insorgenza. Pro origine congenita sta il fatto della inserzione in parti a struttura complessa, specie nelle linee interepifisarie, mentre paiono meno probabili che dipendano da focolai sotto periostei traumatici o infiammatorii attenuati. Tanto meno corrispondono a fondamento i caratteri riportati da Sébilan per distinguere i lipomi congeniti dagli acquisiti. JURA.

Per la conoscenza della sindrome del Bertolotti.

A. Albanese (*Chirurgia degli organi di movimento*, Vol. V, fasc. 6°, dic. 1921) ha studiato quel complesso di sintomi legati alla presenza di una sacralizzazione della 5ª vertebra lombare, in 6 casi della Clinica Ortopedica Traumatologica di Roma, confermando nei suoi elementi principali la sindrome del Bertolotti e la insorgenza di tale sindrome in età che va dai 20 ai 30 anni.

Dai risultati delle sue ricerche anatomiche su 25 scheletri di feti, su 780 sacri di Europei e su 12 scheletri di Fuegini, l'A. desume dati che si riferiscono alla frequenza delle malformazioni congenite della regione sacro-lombare (schisi e sacralizzazioni lombari, che frequentemente si trovano associate) ed alla variazione del promontorio e dell'angolo sacro vertebrale nei casi anomali.

La presenza della sacralizzazione in soggetti normali autorizza l'A. ad affermare che tale anomalia può esistere, più frequentemente che non si creda, senza determinare la sindrome del Bertolotti mentre se tale sindrome esiste essa è sempre in rapporto con la presenza dell'anomalia scheletrica.

D'altro canto la frequenza della sacralizzazione in elevata percentuale (41,6 %) in una delle razze umane più basse, i Fuegini, messa in rapporto alla percentuale del 4 % negli Europei ed alle condizioni anatomiche del sacro nelle scimmie antropoidi, fa pensare che la anomalia debba essere interpretata come un fenomeno di reversismo atavico.

L'A. tratta ampiamente la patogenesi della sindrome del Bertolotti, discute la sintomatologia e parla della terapia. CIOTOLA.

MALATTIE INFETTIVE.

Elementi per il giudizio di guarigione dei soldati malarici.

I soldati malarici, curati razionalmente al loro rimpatrio, esauriscono, di solito, l'infezione, malgrado le numerose recidive, dal 6° al 15° mese, dopo l'ultima stagione in cui si sono infettati. (Rieux. *Bull. de la Soc. de Path. exotique e La Malariologia*, 30 giugno 1921). I criteri di giudizio da adottarsi sarebbero: 1) scomparsa definitiva degli ematozoari dal sangue periferico; 2) ritorno della formola leucocitaria alla normale, cioè riduzione della mononucleosi; 3) diminuzione della splenomegalia e cessazione degli accessi febbrili.

L'A. ricorda come alcuni soggetti vissuti a lungo in zone malariche delle colonie accusino attacchi febbrili fin 10 anni dopo il rimpatrio: spesso si tratta di altre malattie, fra cui specialmente la colecistite. *fil*

Presenza di bacilli tifici e paratifici nel liquido cefalo-rachidiano.

G. Caronia e L. Auricchio (*La Pediatria*, 15 aprile 1922) hanno sistematicamente ricercato nel liquido cefalo-rachidiano, i bacilli tifosi e paratifosi in 13 casi in tifo, uno di para-A. l'altro di para-B, prelevando 5-10 cmc. di *liquor*, che si raccoglieva parte in provetta sterile. parte in brodo od altro terreno di coltura. La

ricerca fù positiva nel 93-94 % dei casi, contrariamente ai risultati di altri (Hannes) che ottennero il solo 4 %. Il reperto positivo però non è stato in rapporto con il periodo della malattia nè con la forma clinica.

I risultati ottenuti hanno una certa importanza, dimostrando sempre più che il tifo è un'infezione generale, anzichè locale, e comprovando che i bacilli del tifo non determinano speciali processi localizzati senza l'intervento di altri elementi costituzionali o batterici.

Dal punto di vista diagnostico, la ricerca nel *liquor*, per la sua relativa facilità, per la costanza e rapidità deve esser tenuta presente come mezzo d'indagine, utilizzabile anche nella pratica. *fil.*

TERAPIA.

Terapia del rachitismo.

L'organismo dei rachitici, povero in calcio, durante lo stadio fiorido è contemporaneamente incapace di riparare a tale impoverimento ritenendo il calcio somministrato. L'A. chiama «fattori calciprivi» quei fattori che provocano tale stato patologico, «fattori calcistabilizzanti» i fattori che lo fanno cessare oppure l'invertono. Usando a scopo terapeutico i fattori calcistabilizzanti, l'organismo del rachitico riacquista la capacità di utilizzare congruamente il calcio somministrato: i sistemi organici ammalati cominciano ad impregnarsi di calcio, la malattia si avvia alla guarigione.

I fattori calcistabilizzanti più importanti sono l'olio di fegato di merluzzo e la luce, specialmente i suoi raggi ultravioletti; seguono a distanza gli erbaggi e forse le frutta. Tutti i bambini hanno bisogno di questi fattori stabilizzanti la cui assenza produce il rachitismo. Tale concetto è importantissimo per la profilassi del rachitismo. L'A. raccomanda di far agire in tutti i lattanti (normali) i fattori olio di merluzzo (due volte al giorno 1/2 cucchiaino dall'ottava settimana in poi) e luce (esposizione all'aria libera per due ore al giorno; come superficie assorbente i raggi attivi è sufficiente la pelle del viso).

Questa profilassi si dovrà naturalmente attuare con speciale diligenza nei lattanti ereditariamente predisposti al rachitismo, e nei prematuri che notoriamente vi sono molto esposti (in questi ultimi, se il peso è inferiore ai 2000 gr. le dosi dell'olio sono: 5-10-20 gocce due volte al giorno aumentando poi progressivamente; inizio di tale cura alla quarta settimana).

I fattori calciprivi sono: 1° L'assenza di luce; è il fattore più importante. 2° Iperalimentazione con forte aumento di peso, specialmente l'iperalimentazione lattea con la conseguente stipsi. 3° Le infezioni. Spesso in pochi giorni si sviluppa il rammolimento rachitico delle costole; fatale in casi d'infezioni dell'apparato respiratorio. Fattori secondari sono: la predisposizione famigliare e la debolezza organica (prematuri-gemelli); questi fattori sono specialmente dannosi, se si associano a qualch'uno dei fattori calciprivi principali (assenza di luce).

Fondamento della cura del rachitismo è di evitare l'associazione dei fattori calciprivi e di promuovere quella dei fattori calcistabilizzanti. Specialmente utile riesce l'eliminazione del fattore che nel singolo caso ha determinata la malattia e la contemporanea somministrazione dell'olio.

La cura più energica, la somministrazione dell'olio di fegato di merluzzo e contemporanea irradiazione con la luce di quarzo va applicata soltanto quando il rachitismo minacci direttamente la vita del bambino; così nei rachitici con accessi tetaniaci subentranti e spasmi glottidei e in quelli ammalati di bronco-polmonite. L'A. somministra olio di merluzzo e succo di limone a tutti i bambini broncopolmonitici indistintamente per la considerazione che nessun'altra infezione così presto può determinare il rachitismo e che d'altra parte il rammollimento costale è fatale ai polmonitici.

(R. HAMBURGER. *Deutsche med. Wochenschrift*, n. 14, 1922).

***

Fattori endogeni e fattori esogeni (K. Blühdorn, *Med. Klin.*, n. 27, 1922) favoriscono lo sviluppo del rachitismo. I fattori endogeni sono quelli che genericamente si raggruppano nel termine «predisposizione» (prematuri, gemelli); questi bambini spesso ammalano di rachitismo anche se allattati dalla madre e la malattia talvolta non viene affatto influenzata dalla cura antirachitica (inefficacia profilattica e curativa dell'olio di merluzzo).

Fattori esogeni sono l'alimentazione incongrua (eccesso di latte, insufficienza quantitativa o qualitativa spec. in vitamine; come cura: non sorpassare mai una razione giornaliera di latte eguale a 1/10 del peso, somministrazione della zuppa di Keller, e già prima del 6° mese, di farinacei e 15-30 gr. al giorno di succo di frutta); l'ambiente inadatto (abitazioni prive di sole, d'aria, di luce di sole; come cura l'elioterapia o l'irradiazione con la luce di quarzo), e le malattie intercorrenti (malattie gastrointestinali, infettive e respira-

torie, alle quali ultime il torace rachitico predispone fortemente sicchè sono frequenti nei rachitici la bronchite cronica, la broncopolmonite, la tubercolosi polmonare); tutte queste malattie aggravano sensibilmente un rachitismo già esistente.

La cura medicamentosa del rachitismo consiste nella somministrazione dell'olio di merluzzo fosforato (fosforo e vitamine antirachitiche) e di succo di frutta (vitamine antiscorbutiche).

Avendo cura che i rachitici non siedano e non giacciano in posizioni viziate si evitano le deformità ossee. POLLITZER.

Sulla chirurgia delle dita.

Suture tendinee. — F. M. Cadenat (*Le scalpel*, 13 maggio 1922) non condivide l'opinione di quei chirurghi, che in presenza di una sezione dei tendini flessori in corrispondenza delle dita, si astengono da ogni tentativo di restaurazione tendinea. L'A. osserva che, se si ottiene un successo con gli innesti tendinei, a maggior ragione, potrà ottenersi con la sutura di un tendine flessore alle dita. Le difficoltà che si incontrano provengono dalla guaina fibrosa peritendinea, di cui è difficile la sutura: quando questa può farsi, si ottiene una cicatrice longitudinale che ostacola la flessione del dito: inoltre il cercine formato dalla sutura tendinea si muove a disagio nella guaina tendinea troppo stretta. Si ha come risultato la impossibilità di flettere il dito anche se la sutura ha tenuto bene.

Fra i diversi metodi per ovviare a tale inconveniente, l'A. consiglia il seguente: invece di incidere la guaina tendinea sulla faccia palmare, disinserirla dalle falangi, per mezzo di un'incisione laterale, evitando di aprire le articolazioni vicine su cui essa si attacca.

Si alza la guaina come un coperchio e si fa la sutura del tendine, riabbassando poi la guaina, che viene mantenuta in posto dalla sutura cutanea.

Paterecci. — Sono di solito trattati male, sia dal medico timoroso che non li incide abbastanza presto nè in modo sufficiente, sia da quello a cui la guerra ha fatto il «temperamento chirurgico» e che li incide troppo largamente, infettando così le regioni vicine. Bisogna anzitutto assicurarsi se la guaina è intatta; quando essa è coinvolta, il dito rimane in flessione ed ogni tentativo di estenderlo provoca ivi dolori; in tal caso bisogna aprire e largamente. Se invece il dito può venire esteso senza dolore, si incida fino al pus e non oltre.

Negli ascessi a bottone di camicia, con una raccolta sottoepidermica ed una profonda, si asporta l'epidermide mortificata, ciò che non provoca dolore, e poi sulla guida del piccolo foro che si vede, si arriva alla raccolta profonda, riconosciuta con lo specillo.

Il patereccio periungueale o sottoungueale, non guarisce rapidamente che dopo l'asportazione dell'unghia.

Il patereccio del polpastrello (o della faccia palmare) si arresta alla base della falangetta, che viene necrosata. Lo si riconosce dalla scomparsa della fluttuazione normale, dalla tensione e dai dolori violenti, che provoca. Si procederà all'incisione quando il malato non abbia potuto dormire per i dolori, o quando vi è sensazione di pulsazione al lasciare pendere la mano.

L'incisione va fatta a ferro di cavallo, sulle parti laterali e sull'estremità del dito; si ribatte il lembo palmare, esplorando l'osso, di cui si asportano le parti necrosate, lasciando aperta la breccia ed applicando, ad infezione finita, due crini; si ottiene in tal modo una cicatrice abbastanza estetica, non esposta ai traumatismi, come sarebbe quella palmare.

Ben trattati all'inizio, i paterecci non avranno per conseguenza i flemmoni sottocutanei, sotto aponeurotici o della guaina, di cui il trattamento è difficile e che hanno come conseguenza la mutilazione od un'impotenza funzionale della seria.

I vaccini talvolta potranno evitare l'incisione e comunque abbrevieranno l'evoluzione delle lesioni; essi però vanno considerati solo come ausiliari, non ritardando a ricorrere ai metodi accennati. *fil.*

Cura colla trazione continua delle fratture della clavicola.

È a tutti noto che la cura della frattura della clavicola sia difficile: l'apparecchio di Sayre è insufficiente, mentre quello di Couteaud richiede l'immobilizzazione dell'individuo fino a consolidamento raggiunto. Volendo associare i vantaggi della trazione continua a quelli della cura ambulatoria, si può agire nel seguente modo: 1) Si ripone la frattura a malato seduto, mentre un aiuto postosi dinanzi ad esso mantiene le braccia in estensione laterale spingendole indietro, ed un altro ne sostiene posteriormente il dorso con la mano posta tra le due scapole; 2) Cosparse le ascelle di talco si pone uno strato spesso di ovatta sulle facce superiore ed anteriore delle spalle e delle ascelle, quindi si fa una fasciatura ad 8 in croce tra le due spalle i cui giri abbracciano largamente le facce superiore ed

anteriore delle spalle incrociandosi posteriormente: sei giri di una fascia elastica di tricot bastano, generalmente; 3) Si pratica una fasciatura a cintura con 6 giri di fascia alta 14 cm. alla base del torace, mantenuta in posto da un tirante passato tra le coscie e diviso, al dinanzi, a guisa di bretella; 4) (Messa in gioco della trazione elastica. Un tubo a drenaggio, spesso, fissato alle due fasciature sulla linea mediana del dorso, verrà teso ed annodato.

Quando il malato stesso a braccia lentamente addotte non proverà che un senso di trazione elastica che gli tiri le spalle in dietro, l'apparecchio potrà dirsi esattamente applicato.

Dopo due ore lo si controllerà, correggendo eventualmente la trazione e allentando la fasciatura a 8 in croce, quando ad es. il braccio mostrasse una cianosi più o meno accentuata.

A frattura consolidata, la cui guarigione si può seguire passo passo rimanendone il focolaio allo scoperto dalla fasciatura si toglierà l'apparecchio e si praticherà qualche seduta di massaggio.

(F. BURIAN. *La Presse Médic.* n. 2, 1922).

MINGAZZINI.

IGIENE.

Il latte di nutrici tubercotiche.

J. Chambrelent e H. Vallée (*Bull. d. l'Académie de méd.*, 14 marzo 1922), in considerazione dell'estrema importanza che avrebbe il latte materno nell'alimentazione infantile, hanno preso in esame la questione se potesse concedersi senza timore il latte di donne tubercolotiche. Raccolto asetticamente il latte, in quantità variabili da 10 a 70 cmc., lo hanno centrifugato, iniettando poi per via sottocutanea in cavie sia il grasso, sia il centrifugato; nel 13 % delle cavie, si è sviluppata la infezione tubercolare. Questo reperto che è inferiore a quello ottenuto con il latte di vacche tubercolotiche, con cui si arriva al 25 % induce gli AA. a consigliare di escludere alle tubercolotiche l'allattamento materno.

[Anche senza queste esperienze del resto, la questione era già risolta in senso negativo, nell'interesse della madre, per evitare un ulteriore esaurimento, e del poppante, poichè anche se il latte non contenesse affatto bacilli, non è praticamente possibile compiere l'allattamento in condizioni di asepsi, ed i bacilli possono arrivare al poppante stesso da altre parti che dai dotti galattofori. *N. del redattore*].

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1309) Al dott. F. Cola Verona:

ESCOT. *Technique oto-rhinolaryngologique*. CITELLI. *Trattato di oto-rino laringojatria.* La nostra Amministrazione quanto prima pubblicherà la II edizione ampliata del manuale di oto-rino-laringojatria del prof. G. Bilancioni, in tre parti separate.

(1310) *Adenite epitrocleare nei fanciulli.* — Al dott. A. B. abbonato 8805:

L'adenite epitrocleare può riscontrarsi in varie affezioni dell'infanzia (rachitismo, tubercolosi, ecc. insieme alla ipertrofia di glandole linfatiche di altre zone.

Con massima frequenza si riscontra nella lues ma da sola non basta a giustificare la diagnosi senza altre manifestazioni cliniche in atto.

La cura deve essere diretta quindi contro la malattia accertata. G.

(1311) All'abbonato D. G. n. 8967, Firenze:

Succinto e con formulario terapeutico, il FLAMINI: *Manuale di Pediatria pratica.* Pozzi Ed. Roma. Più ampio il COZZOLINO, *Trattato di Pediatria*, Idelson Ed. Napoli. G.

(1312) All'abbonato 0175:

Il concorso per le sei borse di studio presso le Cliniche del lavoro di Napoli e di Milano è per i laureati dell'ultimo quinquennio. Domanda al Ministero del lavoro (Direz. gen. della previdenza) entro il 31 ag.. corredata da diploma di laurea, certificato studi compiuti, indicazione dei voti riportati nelle singole materie. *fil.*

(1313) *Uricometro di Ruhemann.* — Al dott. F. d'A., Rio Marina:

È costituito da un tubo graduato che porta due indicazioni segnate con le lettere S ed J. Per eseguire la ricerca si versa fino al segno S solfuro di carbonio, fino al segno J una soluzione iodo iodurata (Jodio 0,50 joduro di potassio 1,25, alcool assoluto 7,5, glicerina 5, acqua distillata 100); poi goccia a goccia si aggiunge l'urina e si rimescola volta per volta finchè il colore della miscela si avvicina a quello dell'urina controllo; continuando ad agitare e ad aggiungere urina si arriva al punto che il solfuro di carbonio diviene di colorito rosa: la reazione è finita e basterà leggere nella gradazione di cui il tubo è provvisto il per mille di acido urico. I resultati ottenuti con tale metodo, come in generale tutti quelli ottenuti coi metodi colorimetrici, sono approssimativi.

t. p.

(1314) *Tecnica della amputazione cinematica.* — All'abb. n. 6361 (1). Urbano:

Consulti:

VANGHETTI — *Plastica protesi cinematiche* - Empoli 1906 — Franceschi.

PELLEGRINI — *Amputazioni cineplastiche* - Tipografia Editrice torinese, 1919.

FRERI — *Cinematizzazione chirurgica dei monconi d'amputazione* - Cappelli, 1919.

(Quest'ultima relazione, al XXII Congresso della Soc. stabil. chirurgia raccoglie 235 n. di bibliografia). *R.D.V.*

(1315) *Ricerche bibliografiche.* — Al dott. P. di Z. Porcia di Pordenone:

La posta degli abbonati non può aderire al desiderio di fornire notizie bibliografiche e più volte ha consigliato istituzioni adatte allo scopo. Tanto meno può occuparsi di ricerche su lavori comparsi nel '65. *t. p.*

(1316) *Consulti a distanza.* — Al dott. G. M., Portomaggiore:

Non possiamo dare consigli diagnostici e tanto meno terapeutici su relazioni mediche scritte. L'unico consiglio che ci permettiamo di darle è di inviare le urine ad un competente laboratorio per un esame parassitologico o addirittura di far ricoverare la malata in una clinica per un opportuno studio. *t. p.*

VARIA

La reazione di Wassermann finirà per essere una calamità pubblica?

Paticoni (*Revue d'Hygiène*) osserva che della reazione di Wassermann si fa un abuso tale da far temere che finirà per divenire una calamità sociale.

Questo espediente diagnostico viene consigliato dai medici non sempre a proposito, obbligando i clienti ad inutili spese e fuorviando spesso dalla retta via per giungere alla diagnosi e quindi alla terapia conveniente.

Non può dirsi che siano i medici più diligenti quelli che vi ricorrano più frequentemente. Spesso si consiglia la reazione di Wassermann per risparmiarsi la fatica di indagini dirette e lo sforzo mentale per la sintesi ed il giudizio conseguenziale su i fatti già osservati.

D'altra parte, e forse questo è il peggior male, la reazione di Wassermann ora viene praticata dai laboratorî specializzati senza suggerimento dei medici. Ed i malati o i supposti malati traggono direttamente dal risultato ottenuto le conseguenze terapeutiche.

Senza dire che purtroppo la reazione talvolta non è eseguita con la diligenza necessaria, per modo che non sempre si può essere sicuri della sincerità del risultato.

Paticoni per ovviare a tutti questi inconvenienti propone:

1º Che nessun laboratorio d'analisi sia autorizzato a praticare siero-reazioni della sifilide, senza la prescrizione del medico curante.

2º Che il risultato della reazione sia direttamente inviato al medico curante.

3º Che i laboratorî si astengano definitivamente da responsi troppo precisi e si contentino di trascrivere i risultati dell'emolisi senza volere indicare il grado dell'infezione sifilitica, giudizio che deve essere esclusivamente riservato al clinico.

La proposta del Paticoni merita di essere presa in considerazione in quanto sono evidenti i danni che possono derivare dal fatto di affidare ad un profano un elemento diagnostico, che purtroppo è generalmente considerato come guida infallibile per la cura.

Non si insisterà mai troppo nel far presente che il risultato della reazione di Wassermann è un dato di cui si deve tener conto insieme agli altri fatti clinici ed anamnestici, ma non può assurgere ad elemento unico ed infallibile per giungere alla diagnosi.

È risaputo che la W. può essere positiva in individui sofferenti di malattie che nulla hanno a che fare con la sifilide, come può essere negativa in individui con evidenti manifestazioni luetiche.

Queste eccezioni sono note ai medici, che sono abituati a tenerne conto, non sono note ai profani i quali contenendosi in conformità del risultato della W. senza consultare il clinico rischiano di praticare inutilmente o con danno una cura antisifilitica, o di trascurare trattamenti che tempestivamente iniziati sogliono riescire efficaci.

Per altro maggiormente inclini ad abusare della R. W. sono i giovani medici, come quelli che più infatuati delle ricerche di laboratorio e meno sperimentati sono negli esami clinici. E quest'abuso induce un disorientamento terapeutico dei più pericolosi.

Spesso i giovani medici non si inducono al trattamento specifico senza prima avere consultato l'oracolo della reazione. E quando questa, ciò che è anche nelle possibilità, dà risultati non conformi al giudizio diagnostico derivante dalle evidenti manifestazioni cliniche e dai lati anamnestici, ci sono tragedie spirituali nelle quali la vittima è somaticamente il cliente. *dr.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9537) *Cura ospedaliera.* — Dott. S. N. da C. M. — Per le persone ricoverate nell'ospedale il medico non può direttamente riscuotere compenso perchè mentre egli riceve uno stipendio, che rappresenta uno stipendio *à forfait,* l'Amministrazione ospedaliera si sarà fatto pagare tutto, anche la prestazione sanitaria. Il sanitario, qualora ben meschino sia il pattuito compenso annuale, può chiedere di volta in volta un trattamento speciale dall'ospedale.

(9538) *Inscrizione all'ordine dei sanitarii.* — Dott. abbonato 0244. — Chi è inscritto nell'albo dei medici di una Provincia ha diritto al libero esercizio professionale non solo nella Provincia, cui l'Albo appartiene ma anche in tutto il territorio del Regno o Colonie. Il Sindaco ha agito illegalmente rifiutandosi di vidimare un certificato rilasciato da un medico che è incritto nell'Albo di altra provincia. Si può agire per danni.

(9539) *Indennità caro-viveri.* — Dott. E. P. da I. di S. — Al medico interino compete la indennità caro-viveri quando occupa provvisoriamente un posto di condotta previsto nella pianta organica e privo di titolare.

(9542) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. A. da C. — L'essere stato nominato medico condotto con le condizioni fatte al predecessore deve intendersi con tutti i titoli di compenso a quegli attribuiti, ma non nello effettivo ammontare dei compensi a lui corrisposti. Però al nuovo nominato dovrà essere corrisposto lo stesso stipendio, la medesima indennità cavalcatura e l'indennità caro-viveri, ma questa ultima non nel quantitativo effettivo che quegli percepiva, ma bensì in quello che per le condizioni anagrafiche e di famiglia competano al successore. Se quegli era celibe avea lire 65 al mese, mentre se il nuovo è ammogliato gliene competono 100; se il primo non avea figli, non avea diritto a supplementi, mentre al secondo potrebbero competere uno o più supplementi a seconda della consistenza della famiglia. Quando Lei fu nominato, il predecessore avea uno stipendio, supponesi, di 1000 lire. A lei, sostituito alle medesime condizioni, debbono spettare le medesime lire 1000. Non le potrebbe competere l'aumento del 25 % perchè esso fu accordato al predecessore quando Ella già era in servizio con lire 1000. Per l'accordo sul caro-viveri, Ella ricorra alla G.P.A. in forza dell'art. 26 della legge. Per il 25 % sullo stipendio il Comune potrebbe avere ragione di rifiutarsi.

(9546) *Aspettativa per salute.* — Dott. T. V. da T. — L'aspettativa per salute può cessare anche prima del termine per cui fu richiesta, sempre che cessi lo stato di infermità per cui fu richiesta. Occorre, però, che sia provato con certificato medico la cessazione della infermità. Potrebbe adempiersi, ora, al più presto possibile. Il Comune, a sua volta, ha fatto male ad impegnarsi per sei mesi col sostituto, mentre la nomina avrebbe dovuto sciogliersi *ad nutum* non appena il titolare fosse stato in grado di assumere servizio. A Lei deve essere reso il posto, mentre all'altro deve essere corrisposto lo stipendio.

(9547) *Pensione.* — Dott. G. G. da T. — Con la nuova tabella delle pensioni liquiderà il massimo, cioè lire 12,000 annue.

(9548) *Nomina a medico condotto.* — Dott. G. C. da C. — Il Commissario Prefettizio non è dalla legge vincolato ad alcun termine per emettere le sue definitive provvidenze in merito al concorso bandito e non ancora esaurito. Non gli si può rimproverare, però, se, per eccessiva delicatezza, voglia riservare la scelta del nuovo medico condotto al ricostituendo Consiglio Comunale. Il Commissario prefettizio può, come il Consiglio Comunale, scegliere il nuovo medico fra tutti i sanitarii dichiarati idonei e compresi nella terna.

(9549) *Ordine dei medici.* — Dott. V. C. da S. A. dei G. — L'inscrizione nell'Albo dei medici è stabilita dall'esercizio professionale in tutto il Regno. Non vi è necessità di cambiare Ordine, se non in casi eccezionalissimi, per potervi ricorrere in caso di contestazioni od altro.

(9550) *Concorso per la nomina di un medico ospedaliero.* — Dott. P. M. da S. M. C. V. — Il concorso non può essere dichiarato decaduto per la mancanza della Commissione giudicatrice. Esso è rimasto sospeso, salvo riprenderlo appena sarà possibile. Non si può precisare in quanto tempo si risolverà la vertenza, dovendo intervenire una intesa fra l'ordine dei medici della provincia e l'amministrazione dell'ospedale.

(9552) *Imposta di ricchezza mobile.* — Dott. V. L. da M. — Il nuovo concordato, nel quale non si fa menzione della esenzione della ricchezza mobile, ha implicitamente revocato il precedente con cui tale esenzione veniva concessa. Però la esenzione deve ritenersi revocata dalla data della relativa deliberazione non potendosi ammettere il rimborso delle annate precedenti, le quali non sono state percepite *sine causa* e, pertanto, non costituiscono una *conditio indebiti,* cioè, un pagamento indebito. Il reclamo deve essere rivolto al Consiglio Comunale, perchè è il Comune, che fa le detrazioni direttamente, salvo rimborso, da parte del debitore. La imposta della ricchezza mobile, che consiste appunto nella aliquota da Lei indicata si deve corrispondere su tutti i redditi del contribuente e, quindi, sul caro-viveri, sulla indennità per disagiata residenza, sulla indennità di ufficiale sanitario, e sulla tenuta dello armadio farmaceutico. Il contributo Monte pensioni è obbligatorio.

(9553) *Invalidi di guerra - Concorsi.* — Dott. T. A. da T. — Per essere ammessi ai concorsi per la nomina di medico condotto, gli invalidi di guerra, ai termini dello articolo 7 della legge 25 marzo, n. 481, debbono esibire un certificato, rilasciato da un sanitario designato dall'Opera Na-

zionale, con cui si dichiari di possedere la idoneità fisica necessaria e sufficiente per poter esercitare le funzioni del posto cui aspira. Quando a tale formalità si adempie, non si può temere di essere escluso dal concorso. Dott. JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abbonato 6353: La Sezione di Sanità è ritenuta come unità sanitaria combattente. G. M.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUATE (*Como*). — Scad. 25 agosto. Medico-chirurgo condotto ufficiale sanitario per i Comuni di Acquate e Germanedo. Stipendio L. 8850 lorde; 1° caro-viveri. Soli poveri. Capitolato visibile Ufficio comunale Acquate.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scad. 31 ag. Medico-chirurgo condotto di nuova istituzione, Frazione Bion. Stipendio L. 6000; aumento provvisorio L. 1800; indennità rivedibile di trasporto L. 3400, oppure L. 1000, a seconda del mezzo adoperato. Indenn. di malaria L. 1500. Le due provvisorie indennità caro-viveri; cinque aumenti quadriennali del decimo e due quinquennali del ventesimo. Deliberazioni circa aumento ed assegni pendenti all'autorità tutoria.

CASTIGLIONE DE' PEPOLI (*Bologna*). — Scad. 28 agosto. Medico-chirurgo condotto del secondo riparto. Stip. base L. 8000. indenn. cavallo L. 3000, 5 aumenti di L. 600 ciascuno. Esenzione R. M. su le prime 5000 lire. Documenti di rito.

COMACCHIO (*Ferrara*). — Chirurgo condotto; lire 6500 lorde; 10 bienni di 1 ventesimo; una lira per ogni povero oltre i 2000. Rimborso spese trasporto per il forese; caro-viveri; sono in corso di studio miglioramenti di stipendio. Età massima 35 salvo per coloro che furono o sono al servizio di pubbliche amministrazioni. Certificato di moralità. id. comprovante l'immunità da condanne per cui non si può essere elettori nè eleggibili. Certificati temporanei non anteriori a tre mesi. A parità di merito, preferenza per chi ha prestato servizio mil. in guerra. Assunzione 15 giorni dopo la nomina. Scadenza 20 agosto.

CORIANO (*Forlì*). — Medico del terzo riparto comprendente le frazioni più lontane: superficie 2200 ettari con 2600 abitanti con 800 poveri: obbligo di residenza in Mulazzano. Stipendio: lire 8000 lorde con dieci bienni del ventesimo, indennità cavalcatura 2500, disagiata residenza 1000; uso gratuito della casa di abitazione, doppio caroviveri. È in corso una deliberazione che aumenta lo stip. a L. 10,000. Età massima 35 salvo la solita eccezione. Documenti temporanei (fra cui buona condotta, stato di famiglia) non anteriori a sei mesi.

EDOLO-CORTENEDOLO (*Brescia*). — Stip. L. 7000 fino a 1000 poveri con 6 quinquenni del decimo; mezzo trasporto L. 1500; uff. sani. L. 300 (per due Comuni!!); doppio c.-v. Scadenza 25 agosto.

GRISOLIA CIPOLLINA (*Cosenza*). — Medico condotto. Stip. L. 4000 lorde; quattro quadrienni del decimo; indennità di L. 10 per ogni accesso ad oltre tre km. dal centro abitato. Circa 500 poveri. Certificati temporanei non anteriori a tre mesi. Scadenza 24 agosto.

LAURIA (*Potenza*). — Stipendio L. 3000 fino a 300 famiglie. Addizionale L. 10. Primo c.-v. Scadenza 31 agosto.

LUBRIANO (*Roma*). — Condotta residenziale. Servizio dei poveri ammessi alla somministrazione dei medicinali gratuiti. L. 7000 lorde. Ric. Mob. e M. Pensioni; 4 aumenti quadriennali del decimo, per 5 quadrienni; L. 500 annue per disagiata residenza, doppio c.-v. di legge; L. 300 come uff. san. Documenti di rito compresa l'iscrizione all'Ordine; situazione famiglia. Scadenza 22 agosto.

MODENA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. del capoluogo. Vedi fasc. 28. Scad. 20 agosto.

MONTALCINO (*Siena*). — Scad. 1° settembre. Medico-chirurgo della condotta residenziale per la frazione di S. Angelo in Colle; stipendio annuo L. 6500 aumentabile del decimo per 6 quadrienni consecutivi ed in L. 4000 annue è fissata la indennità cavalcatura oltre la doppia indennità caro-viveri.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Due condotte. Stipendio: L. 6000 per i primi 1000 poveri (ogni povero in più L. 2.00 annue), lorde, con 5 quinquenni del decimo, doppio caro-viv., L. 1800 per disagiata residenza; L. 1000 qualora il numero degli abbienti nelle condotte non superasse i 300. Età massima 40 anni, salvo per i dipendenti da altre Amministrazioni pubbliche. Certificati: non aevr subito condanne per i titoli indicati dall'articolo 25 del T. U. legge com. e prov.; buona condotta, sana costituzione. Certificati temporanei di data non anteriore a 3 mesi. Scad. 15 settemb.

NUORO (*Sassari*). — Scad. 31 agosto. Medico condotto frazione Zollone distante 8 chilometri, obbligo recarsi 2 volte settimanali, sempre in casi urgenti; stipendio L. 5000 e L. 2000 indennità caro-viveri. Altre condizioni visibili segreteria. Età anni 31, ex militari 39.

OLGIATE (*Como*). — Consorzio; alle ore 16 del 31 ag. Età mass. 40. Due anni di condotte o di assistentato in osped. pubb. o clin. Classificaz. esami. L. 5500 elevab. a L. 6000 dopo un biennio per 1000 pov.; addiz. L. 2 fino a 2000 pov., L. 3 fino a 3000; 3 quinq. dec., doppio c.-v.; L. 2000 trasporto.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Due posti di Assistente di medicina. Obblighi: servizio di accettazione, id. di guardia per 12 ore con medaglia da L. 15, pernottazione. Stipendio L. 4500 lorde con 4 bienni del decimo, doppio caro-viveri. Cassa pensioni a carico dell'Amministrazione. Fra i documenti, elenco delle votazioni riportate negli esami universitari: documenti temporanei non anteriori a due mesi dal 5 agosto. Scad. 31 agosto.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni.* — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina

triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

SOAVE (*Verona*). — *Congregazione di Carità*. — Scad. 28 corr. Medico-chirurgo Direttore dell'Ospedale. Stipendio L. 4000, indennità caro-viveri L. 2000. Paese in posizione amena. Tramvia. Fiere e mercati fiorenti.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita. Primario di chirurgia*, 4000 lorde, due quinquenni del decimo, percentuale degli atti operativi agli abbienti; nomina per un quinquennio. Documenti temporanei non anteriori a mesi tre. Titoli e pubblicazioni in 5 esemplari. La Commissione terrà conto di titoli di ortopedia chirurgica infantile, militari. Età massima 45 (computato il serv. milit. in guerra) Assunzione in servizio il 1° gennaio 1923.

Assistente di medicina, 3000 lorde, due quinquenni del decimo: percentuale per le tasse di cura degli abbienti. Età massima 32 (computato il serv. mil. in guerra). Preferenza, a parità di merito, ai titoli militari.

Radiologo. Condizioni presso la Segreteria: pubblicazioni in triplice copia: a parità di merito, preferenza ai titoli militari.

Scadenza dei tre concorsi 31 ottobre.

Medico-chirurgo ostetrico con servizio ospitaliero, praticissimo del servizio di condotta, fornito di titoli speciali in igiene e pediatria accetta interinato o supplenza. Scrivere: Paolo Agostini, S. Eligio 2, Roma.

Diffide.

Manzano Roccalana (Udine); Baresi, Bordogna, Fondra, Roncobello (Bergamo); Cicciano (Caserta); Esperia (Caserta); Boccolo dei Tassi (Piacenza); Mazzarone (Caltagirone).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con recente *motu-proprio* S. M. il Re ha nominato Commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia il dott. Serafini Ignazio.

NOTIZIE DIVERSE.

Terzo Congresso delle industrie sanitarie.

Si terrà a Napoli negli ultimi di settembre, integrato dalla Mostra di prodotti sanitari. Le relazioni presentate sono le seguenti: 1) F. Cavara: Le basi dell'industria delle piante medicinali in Italia; 2) A. Valenti, Bocca, Montanari, Muralti: Nuovi orizzonti della farmacoterapia in rapporto con le tradizioni italiane; 3) C. Cattaneo, P. Piccinini, Rebucci, E. Baccani: Problemi urgenti riguardanti le industrie idrologiche e climatologiche italiane; legislazione idrologica in corso e sue auspicabili applicazioni: 4) F. Corradini: Metodi di stabilizzazione dei principî attivi delle piante medicinali; 5) Propaganda all'estero.

Le conversazioni scientifiche all'Ordine dei Medici di Padova.

Del ciclo di conferenze già da noi annunziato, il prof. Attilio Cevidalli, direttore dell'Istituto di medicina legale di quella Università, ha tenuto la prima sulla: Individualità morfologica ed individualità biochimica nel campo della Medicina legale.

Sulle differenze morfologiche si fonda il capitolo di medicina legale della identificazione, che ha tanta importanza sia dal punto di vista filosofico, sia da quello pratico, imperniato sulle marcatissime differenze, che si riscontrano nelle impronte digitali.

Per quanto riguarda l'individualità biochimica, l'O. dimostra che è ben raro, se non impossibile, trovare due individui che abbiano eguale funzionamento generale degli organi e cioè trovare un «sosia» funzionale.

La medicina legale ci addita nel modo più classico le differenze individuali biochimiche e quel problema di «diagnosi individuale del sangue», che fino a poco tempo fa sarebbe stato follia proporre, oggi è bene spesso possibile risolvere.

L'O., da ultimo, esamina le concezioni di Lombroso sulla natura patologica del delitto e sulle note degenerative e nota che l'opera lombrosiana ha acquistato veste scientifica.

La conferenza, ascoltato dall'uditorio col più vivo interessamento, fu salutata alla fine da vivissimi applausi.

Borse di studio presso le cliniche del lavoro.

Con decreto ministeriale 9 luglio è stata nominata la Commissione aggiudicatrice di questo concorso, già precedentemente annunciato. La Commissione è costituita dal dott. Giulio Calamani, presidente; dai proff. Luigi Devoto, Luigi Ferrannini, Antonio Mori, Salvatore Ottolenghi, membri; dai dottori Francesco Simeone e Cesare Giannini, segretarî.

Il concorso scade il 31 agosto.

Le onoranze al sen. Foà.

Si è costituito un Comitato composto del prof. Augusto Bonome dell'Università di Padova, prof. Antonio De Cesaris-Demel, dell'Università di Pi-

sa, prof. Aldo Fabris, dell'Università di Genova e prof. Ferrucci Vanzetti, dell'Università di Cagliari, al fine di onorare degnamente l'illustre scienziato senatore Pio Foà che nel prossimo anno, avendo raggiunto i limiti di età, dovrà andare a riposo.

Il Comitato si rivolge a tutti i cultori delle scienze mediche ed affini chiedendo un contributo economico che abbia il doppio valore di onorare l'illustre maestro e di raccogliere i mezzi che gli permetteranno di continuare i suoi studi.

Fra poco uscirà il programma delle onoranze: frattanto tutti coloro che vogliono concorrere ad esse inviino le loro offerte al segretario del Comitato dott. prof. Carlo Gamna in via Pietro Giuria, n. 15 - Torino.

Il 70° genetliaco di S. Goldflam

Il 70° genetliaco di S. Goldflam è stato festeggiato dai neurologi ed alienisti polacchi che gli hanno dedicato un volume della «Neurologia polacca».

La Stazione zoologica di Napoli

Con sentenza della I Sezione della Corte d'Appello della città è stata resa al dott. Rinaldo Dohrn, figlio del fondatore, con diritto di rivalsa dei danni contro il Comune.

Scuola professionale per infermiere.

La Sezione Lombarda dell'Associazione Nazion. tra infermiere ha patrocinato l'istituzione di una *Scuola professionale per infermiere*, retta da un Comitato autonomo e costituita in forma che ne permetta la frequenza a un grande numero di giovani.

La scuola svolgerà i suoi corsi in due anni, e nel primo anno le lezioni saranno disposte in modo che vi possano assistere anche le allieve di altre scuole (Normali, Classiche, Tecniche), guadagnando così un anno di tempo. In questo modo la giovane che esce dalla Scuola Normale o dal Liceo o dall'Istituto Tecnico, si trova già avviata verso il diploma d'infermiera, professione alla quale potrà eventualmente dare la preferenza vista l'attuale difficoltà per le insegnanti di trovare impiego.

Tanto la scuola quanto i corsi avranno sede presso i RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano il cui appoggio ed aiuto accrescono alla scuola stessa serietà ed importanza.

Il Comitato della Scuola, in unione con il Consiglio della Sezione Lombarda dell'Associazione Nazionale Infermiere raccomanda vivamente di far conoscere alle giovani di superiore coltura la nuova scuola ed i vantaggi materiali e morali che dalla nuova professione esse potranno trarre per sè e per l'umanità.

Del Comitato, presieduto dal senatore professor Luigi Mangiagalli, fanno parte il comm. prof. C. Cattaneo, comm. prof. L. Devoto, Donna Annita Cernezzi, Sig.ª M. Cossy-Vogel, Sig.ª L. Koelliker, Sig.ª Poss. Chiesa, contessa Terni De Gregory, Sig.na M. Valenzano.

Rivolgersi per inscrizioni e schiarimenti alla *Associazione Nazionale Infermiere*, via S. Paolo, n. 10, p. 2° — Milano.

Frodi nella preparazione di medicinali.

La Direzione generale della Sanità pubblica ebbe alcuni mesi or sono indizi che si preparassero e si commerciassero prodotti chinacei in frode alla legge e alla fede pubblica.

Le analisi chimiche eseguite sui campioni prelevati confermarono i sospetti e più precisamente accertarono che:

a) i discoidi della ditta L. Veneroni (Milano, via Cusani 2) i quali nei listini della ditta sono denominati «discoidi uso chinino dello Stato» e nelle etichette che la ditta accludeva sciolte nella scatola sono denominati «tavolette zuccherate antifebbrifughe uso bisolfato (o cloridrato) di chinino»;

b) la specialità «marzial» della Società *La Farmacologica* (Milano, via Plinio 39);

c) i «cioccolatini al tannato di chinino» dello stabilimento del sig. *Giuliani Vincenzo* (Milano, via Pisacane 43);

d) i «discoidi di bisolfato di chinino zuccherati» rinvenuti nella *Farmacia Fontanella* di Lambrate,

contenevano tutti quantità minime di alcaloide, il che costituiva una facile frode alla buona fede dei cittadini, non solo, ma il loro commercio avveniva in contravvenzione alla vigente legge sulle farmacie perchè indicavano quali espressamente, quali implicitamente una composizione diversa da quella reale e un'efficacia terapeutica non corrispondente alla loro reale composizione.

La Direzione generale della Sanità, in seguito a conforme parere del Consiglio Superiore di Sanità, ha pertanto provocato il Decreto Ministeriale in data 12 luglio u. s., col quale si ordina il sequestro e si proibisce la vendita dei nominati prodotti.

Uguale provvedimento è stato adottato per la specialità «Asmalisin», allestita in fialette per iniezioni ipodermiche dalla farmacia *Giacomo Sagone* di Palermo poichè si è constatato che conteneva diacetilmorfina non dichiarata nell'etichetta, il che costituiva anche pericolo di morfinismo per i malati che avessero fatto uso di tale farmaco.

Esercizio abusivo della medicina.

È stato condannato a oltre 1 anno di reclusione e 600 lire di multa un certo Ezio Ponzini, da Cecina, di 35 anni, il quale recatosi in divisa di tenente medico a Castelnuovo dei Monti (Reggio E.), riuscì ad esercitare la professione, compiere interventi chirurgici, partecipare a consulti e farsi nominare interino da quel Municipio.

Certificati falsi.

Il dott. prof. Francesco Zironi, chirurgo primario dell'Ospedale di Carpi, è stato condannato dal Tribunale di Modena a 9 mesi di carcere e 4000 lire di multa, in base all'art. 289 C. P., per aver

rilasciato certificati non esatti di degenza in Ospedale di militari che se ne stavano a casa.

Il Brefotrofio di Napoli minacciato da un incendio.

Un incendio sviluppatosi in un negozio di mobili, nello stesso caseggiato del Brefotrofio provinciale di Napoli, ha messo in grave pericolo l'Istituto: alcune nutrici e parecchi bambini vennero messi in salvo dai pompieri, che li calarono per mezzo di corde dalle finestre.

Un dono all'Ospedale Maggiore di Milano.

La Sezione fotoradioterapica del suddetto Ospedale si è arricchita di un nuovo potente e costoso gruppo trasformatore, in grazia del quale sarà possibile impiantare presso la Sezione stessa un secondo apparecchio Finsen, divenuto ormai indispensabile di fronte alla crescente affluenza di malati di forme cutanee. Il trasformatore è munifico dono di Ercole Marelli.

Azione dell'Istituto d'Igiene e previdenza sociale in favore di enti periferici.

In seguito alla sua visita a Bergamo, il Direttore dell'Istituto, avendo constatato i bisogni dell'ammirevole Istituto dei Rachitici fondato dal dott. Rota, si è interessato affinchè la Direzione generale dell'Amministrazione civile concedesse a codesto Ente un adeguato sussidio, che venne di fatto concesso nella misura di L. 7000.

Convegno di medici.

In occasione della venuta a Sulmona — per ragioni professionali — del prof. Luigi Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici d'Italia, si sono dati convegno in quella città molti medici della regione.

Al banchetto offerto dal prof. Porta, il nuovo chirurgo primario dell'ospedale di Sulmona, prese parte un numeroso ed eletto stuolo di medici.

A nome dei medici della regione, parlò assai nobilmente ed applauditissimo il prof. Cozzoli.

L'istituto del cancro a Buenos Ayres.

È stato inaugurato l'istituto per lo studio ed il trattamento del cancro, in occasione del centenario dell'Accademia medica.

L'istituto comprende 100 letti e servizi annessi con un costo medio di 4383 *pesos nacional*. Venne costruito con fondi raccolti per sottoscrizione nazionale.

Una vile aggressione.

A Palermo fu vilmente aggredito da un mandatario, davanti al suo domicilio, il prof. Giuseppe Faraci, fortunatamente senza gravi conseguenze.

Gemelle ottuagenarie.

La contessa Lytton vedova del vicerè delle Indie e lady Lorle sono due gemelle che hanno festeggiato, or non è molto, l'ottantesimo anno dalla nascita avvenuta a Knebworth (Inghilterra).

La Revista del Circulo medico argentino.

La REVISTA DEL CIRCULO MEDICO ARGENTINO dedica il suo numero di aprile «come sincero omaggio di ammirazione, rispetto e riconoscenza ai redattori stranieri», fra cui troviamo i nomi di V. Ascoli, A. Cardarelli, A. Ferrannini, V. Noorden, G. Marañon, i fratelli Mayo, S. Ferran ed altri.

Il voluminoso fascicolo di oltre 760 pagine riccamente illustrato da fotografie che riproducono i principali stabilimenti sanitari dell'Argentina, contiene molti lavori interessanti di indole scientifica e pratica, che dimostrano la notevole attività ed il senso pratico dei medici argentini, che fanno capo al Circolo medico, il quale raccoglie altresì il 70 % degli studenti di medicina.

XXXI Congresso Francese di Chirurgia.

Dal 2 al 7 ottobre c. a. l'Associazione francese di Chirurgia si radunerà a Congresso sotto la presidenza del prof. H. Hartmann. I temi da svolgersi sono: Risultati degli innesti ossei (relat. Cunèo e Rouvillois); Risultati lontani degli interventi sui grossi tronchi vasali (rel. Leriche e P. Moure); Tecnica e risultati operativi dei tumori del colon (rel. Abadie e Ockinczyc). Per schiarimenti rivolgersi al Segretario generale: dottor J. L. Faure, Paris, Rue de Seine, 10.

Nell'anniversario della morte di Paolo Rusca.

Ad un anno di distanza della morte del dottor Paolo Rusca, sinceramente rimpianto da quanti ebbero la ventura di conoscerlo, la Famiglia, raccoglie in una pubblicazione ornata del Suo ritratto, i necrologi, accompagnati da una commemorazione del prof. Agostino Pasini e dalle elevate parole dedicategli da Giovanni Bertacchi.

Il «Policlinico», che ebbe nel dott. Rusca un prezioso collaboratore e che ebbe campo di apprezzare le doti della mente e dell'animo, si associa al dolore ed al rimpianto della famiglia e degli amici.

Vittima di un tragico accidente motociclistico, nei pressi di Milano, ha perduto la vita a 24 anni, il dott. ERCOLE CUCCHIARI.

Laureatosi un anno fa, nella Università di Pisa, riportando il massimo dei suffragi, andò subito assistente a Milano nella Clinica del prof. Cattaneo, che lo teneva in speciale stima e considerazione.

Resosi vacante il posto di direttore dell'Istituto di Olgiate, aveva da pochi giorni ricevuto l'incarico di ricoprirlo.

Buono, modesto, sereno; fiorente di giovinezza, dovunque passava suscitava le più larghe e vivaci simpatie.

Lascia un ricordo e un rimpianto incancellabili fra i suoi maestri e i suoi compagni di studio.

A. C.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 15 maggio. — M. DONATI. Principii, metodi e finalità della clinica chirurgica. — R. FALCONCINI. Cuore, polso e pressione sul morbo di Flajani-Basedow.

Archives Méd. Belges, marzo. — A. LEY. L'igiene mentale e i suoi problemi. — P. GAUDISSART. «Focal Infections».

Journ. Méd. Franç., aprile. — Numero sulla terapia delle affezioni ossee.

Revue Méd. de la Suisse Rom., marzo. — LABBÉ. Classificazione e terapia dei diabeti zuccherini.

Arch. de Med., Cir. y Especial., 20 maggio. — S. RAMON Y CAJAL. Genesi e migrazione infiammatoria dei leucociti.

Boston Med. a. Surg. Journ., 11 maggio. — A. M. MCINTIRE. Psicosi, psiconeurosi e condizioni psicopatiche nei bambini.

L'Igiene Moderna, marzo. — P. BETTERI. Diagnosi microbiologica dell'edema maligno. — E. TEDESCHI. Il pericolo tubercolare fra gl'impiegati.

Presse Méd., 27 maggio. — P. RAVAUT, BOULIN e RABEAU. Poradenolinfite suppurata benigna a forma benigna; rapporti con la linfogranulomatosi inguinale acuta.

Wien. Klin. Wochens., 25 maggio. — H. FINSTERER. Terapia del cardiospasmo e della cardiostenosi; esofago-gastroanastomosi. — H. HERSCHMANN. Meningite tubercolotossica.

Journal des Praticiens, 27 maggio. — J. DU CASTEL. Trattamento della sifilide in assenza di ogni segno clinico o di laboratorio.

Journal des Sc. Méd., 28 maggio. — BUFFÉ e DAVID. La grossa adenopatia tubercolare del mediastino nell'adulto.

Lancet, 27 maggio. — E. THOMPSON. La tossiemia alimentare nei disordini nervosi. — M. LYON. La prognosi del diabete mellito.

Japan Med. World. — S. HIRAYAMA. Assorbimento di grasso nello stomaco.

Riforma Med., 22 maggio. — O. CANTELLI. Formazione d'indolo in alcune forme polmonari ad andamento suppurativo e distruttivo.

Il Fascicolo 8 (15 agosto 1922) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** contiene i seguenti lavori:

I. I. ARZELÀ: **Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio delle cisti linfatiche del grande epiploon.**

II. C. F. BIANCHETTI: **Di un caso di flessione in alto del cieco con membrana di Jackson posteriore.**

III. O. CIGNOZZI: **L'appendicite dissenterica acuta.**

IV. T. LAURENTI: **Contributo clinico alla casistica del sarcoma centrale dell'ulna. (Resezione ed autropianto del perone).**

V. S. ROLANDO: **Contributo alla conoscenza del rene policistico bilaterale.**

Un grosso fascicolo di 56 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA e MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 28 Agosto 1922 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Dermosifilopatica
della R. Università degli Studi di Roma
diretta dal prof. Ducrey.

Siero e vaccino - Terapia antigonococcica

per il dott. S. Riva, assistente ordinario.

Il gonococco, scoperto nel 1879 dal Neisser, si annida prevalentemente nella mucosa degli organi genitourinari maschili e femminili donde sia per diffusione locale, sia per metastasi regionale, sia per via ematogena, può invadere altri organi originando una serie di complicanze più o meno gravi e purtroppo, sia pur raramente, mortali. Tutto questo ancor oggi o è poco noto od è tenuto in scarsa considerazione tanto che la primitiva uretrite gonococcica è spessissimo trascurata con grave danno dell'individuo, della famiglia e della società.

Le complicanze dovute al gonococco sono assai numerose, di varia gravità e si presentano alla nostra osservazione con una maggiore o minore frequenza. Comunemente si osservano nell'uomo l'uretro cistile, la prostatite, la epididimite accompagnata quasi sempre da deferentite, nella donna la bartolinite, le metrite del collo e più di rado le annessiti. Le complicazioni a distanza, le articolari ad es., sono abbastanza frequenti e meno lo sono tutte le altre complicanze che ad ognuno sono note.

I mezzi terapeutici a nostra disposizione per combattere le complicanze dell'infezione gonococcica, siano esse di natura regionale od ematogena, sono di ben scarsa efficacia cosichè, dopo le mirabili scoperte del Pasteur nel 1880 e del Berhing nel 1890-92, per le quali erano poste le basi della immunizzazione attiva e passiva, si è pensato poter essere la immunterapia di grande giovamento nel campo

della blenorragia ed ancora di più delle sue complicazioni, le quali, con tale mezzo, avrebbero potuto essere completamente vinte o per lo meno grandemente attenuate nella loro gravità.

Poteva sembrare strano che la immunterapia potesse avere efficacia nella cura dell'infezione blenorragica per i dettami della patologia: infatti, quasi sempre la blenorragia è un fatto locale, relativamente non molto spesso presenta reazioni generali; pareva quindi poco prestarsi alla produzione di fenomeni immunitari generali che potessero essere sfruttati terapeuticamente.

L'esperienza clinica confermava, perchè mentre si conoscevano casi di superinfezione nel corso di una blenorragia, non si sapeva che la uretrite blenorragica e più specialmente complicazioni di essa, guarite, avessero conferito all'indivuo una immunizzazione contro la infezione gonococcica. Anzi, se gli infermi erano nuovamente contagiati, molto spesso presentavano le medesime complicanze osservate nella primitiva infezione.

Biologicamente i resultati parevano portare a conclusioni diverse; gli studi del Wright sulle opsonine dimostravano come nelle malattie infettive il potere fagocitario dei leucociti fosse altissimo e più che mai nella blenorragia.

Altri esperimentatori mostravano, ricorrenda alla fissazione del complemento, la presenza di anticorpi nel siero di sangue di ammalati con complicanze consecutive ad uretrite blenorragica (Müller, Bruck, Oppenheim, Albarran, Nencioni, ecc.) infine lo stesso Bruck ed il Vannod scoprivano anticorpi nel siero di animali da esperimento antecedentemente trattati con nucleo proteide del gonococco. Queste esperienze, ponevano la possibilità di formarsi, sia naturalmente, sia artificialmente, sostanze immunitarie nel siero di sangue di infermi affetti da uretrite blenorragica e da complicazioni e quindi rendevano attuabile quella siero e vaccino terapia antigonococcica che era insistentemente negata dalla patologia e dalla clinica.

I primi tentativi di immuniterapia nel campo della gonorrea, furono fatti con siero antigonococcico (Parke-Dävis) da esperimentatori americani con risultati brillanti.

Ben presto ogni istituto sieroterapico iniziò la fabbricazione del siero antigonococcico e così si ebbero quello dell'Istituto di Berna ottenuto da capre secondo il metodo Vannod, quello dell'Istituto milanese ottenuto da cavalli immunizzati con culture di gonococchi, quello Welcome ed altri ancora a cui devonsi aggiungere quelli preparati dai singoli esperimentatori (Define, Bruck, Gröll, ecc.). Le esperienze col siero antigonococcico andarono così mano mano aumentando di numero e di valore.

Facilmente si può comprendere come la sieroterapia sia stata esperimentata in tutte le manifestazioni più varie che il gonococco può dare, così mentre da una parte numerosi sono i tentativi nella semplice uretrite blenorragica sia essa in istato acuto, subacuto o cronico, dall'altra ritroviamo infinite esperienze in tutte le complicanze e, devo aggiungere subito, specialmente in queste con risultati davvero brillanti. Nell'uretrite acuta, sub-acuta e cronica sin dall'inizio l'uso del siero ha scarsamente corrisposto cosicchè i primi insuccessi del Rogers e del Torrey che ebbero campo di esperimentare sopra nu numero notevole di infermi, vennero ben presto confermati dai successivi numerosi studiosi che si occuparono dell'argomento.

Il Gröll non ottenne effetto alcuno in casi di uretriti gonococciche trattate col siero da lui stesso preparato. Giuffo non ha più benefici effetti nelle numerose esperienze eseguite con sieri antigonococcici diversi e cioè Parke Dävis, Welcome, Istituto sieroterapico di Berna e di Milano. Define pure ebbe risultati negativi in forme di uretriti acute (10 casi) e così pure in casi di uretrite subacuta e cronica. Ad uguali conclusioni giunge il Ramazzotti e numerosi altri che per brevità non cito. Solo in tanta concordia di risultati negativi qualche voce discorde si levò e ricorderò il Fisichella che nelle sue esperienze numerose avrebbe notato nelle forme di uretriti gonococciche acute, non una vera guarigione ma un notevole miglioramento; però fu ugualmente necessaria una cura locale.

Nelle complicazioni blenorragiche si sono avuti notevoli vantaggi; così nelle forme di artritismo momo o poliarticolare, quasi tutti gli esperimentatori sono d'accordo, dal Torrey al Thomas, al Baumann, al Ciuffo, al Define, al Ramazzotti.

Uguali brillanti successi si sono osservati nelle tenositi, miositi, ecc., ma certo i più evidenti e maggiori risultati si sono ottenuti dalla sieroterapia nelle epididimiti, orchioepididimiti specialmente colla scomparsa in brevissimo tempo del dolore e secondariamente col rapido avviamento nella risoluzione dei fatti infiammatori (Swimburne, Define).

In quanto a tutte le altre complicazioni blenorragiche non si hanno dei risultati concordi

sull'uso dello siero antigonococcico così che mentre alcuni autori vantano succesi nelle bartoliniti, annessiti, prostatiti cooperiti, altri li negano assolutamente. Butler e Loug, ad es., accennano a cinque casi di vulvo vaginite infantile di cui uno in stadio acuto, guarite in seguito a trattamento con siero. Orton porta un caso di salpingite con fenomeni generali in cui una sola iniezione è stata sufficiente a far cadere la febbre ed a migliorare localmente il processo e Swimburne ricorda pure un caso di salpingite notevolmente migliorata colla sieroterapia. Il Giuffo infine, cita un caso di cooperite e ascessi periuretrali risolti in seguito ad iniezioni di siero antigonococcico. Da ultimo ricorderò come il Ramazzotti abbia usato su larga scala e con notevole successo l'autosieroterapia nel trattamento di epididimiti blenorragiche con vaginalite e come ne spieghi le benefica azione per il fatto idraulico e per un'azione biologica dovuta alla formazione di elementi immunizzanti col grande vantaggio dell'impossibilità di fenomeni anafilattici non introducendo nell'organismo del paziente proteidi estranei.

***

Ben presto ai tentativi di cura dell'uretrite blenorragica e complicazioni coi sieri antigonococcici seguirono numerose le esperienze coi vaccini specie dopo gli studi del Wright. Oggi i vaccini antigonococcici a nostra disposizione sono abbastanza numerosi e per la loro preparazione diversi processi sono stati seguiti cercando di ottenere la massima efficacia colla minima tossicità. È stato proposto come massimo di specificità l'autovaccino cioè preparato con l'isolamento del germe dal focolaio morboso dell'individuo da curarsi ma è una pratica poco seguita. I vaccini comunemente usati sono polivalenti o stock-vaccini, cioè formati con diversi ceppi di una stessa specie batterica oppure anche con la riunione di germi di specie affatto diversa (vaccini eterologhi). Una delle modificazioni più interessanti è la sensibilizzazione dei vaccini stessi, onde ovviare quella riaccensione di fenomeni morbosi che si verifica alle prime iniezioni e si è ottenuta mescolando al vaccino un siero immune; bisogna però essere assai cauti nell'unione di questi elementi perchè lo siero in eccesso toglie ogni potere immunizzante al vaccino.

Besredka preparò vaccini sensibilizzati mettendo a contatto culture di germi col siero immune corrispondente, sostenendo di conferire così ai vaccini una maggiore efficacia. Altri autori pensando che la poca attività del vaccino fosse dovuta principalmente al fatto della presenza nell'uretra di altri germi compagni al gonococco, conclusero che ogni vaccino dovesse contenere le diverse specie batteriche constatate in una uretra malata. Questo concetto fu ripreso dal Nicolle che preparò un vaccino in cui al gonococco era aggiunto il sinococco, germe morfologicamente molto simile, Gram-positivo, che quasi costantemente si trova nell'uretra affetta da blenorragia.

In Italia il Copelli sino dal 1912 iniziava studi per ottenere un vaccino per la preparazione del quale ha usato ceppi di gonococchi primitivamente attenuati con mezzi biologici. I risultati ottenuti dal Copelli, come vedremo in seguito, sarebbero assai brillanti.

Fra i vaccini oggi più usati ricorderò quello Park e Davis, quello dell'Istituto sieroterapico milanese polivalente e costituito da 5 milioni sino a 2 miliardi di germi per cmc. quello di Schering (Arthigon), quello Welcome, quello Master Lucius (Gonargin), quello Volpino (Pangon) concentrato sino a 2 miliardi di germi per cmc., quello Bruschettini, ecc., ecc. Riguardo alla tecnica da usarsi nella vaccinazione antigonococcica gli autori non sono molto d'accordo, però oggi si ammette che il miglior mezzo di introduzione sia per via sottocutanea. La somministrazione del vaccino per via endovenosa fu tentata da prima dal Bruck e dal Sommer e da altri ancora ma i risultati non furono così soddisfacenti da indurre a perseverare in questa pratica per i facili inconvenienti in cui si poteva incorrere, non ultimo le iperpiressie notevolissime, le quali ultime, già di per sè, potevano svisare l'azione del vaccino stesso, il gonococcico risentendo assai degli stati febbrili. In quanto alla dose da iniettarsi alcuni hanno cominciato con piccole quantità per aumentarle a mano a mano, altri invece hanno voluto iniettare sin dall'inizio dosi assai alte (parecchi miliardi). Così si è voluto pure stabilire il tempo intercorrente fra una iniezione e l'altra basandosi sulla ricerca dell'indice opsonico, mentre alcuni sperimentatori hanno fissato un termine uguale ma certo nessuno di questi diversi metodi si presenta superiore all'altro.

I risultati terapeutici ottenuti col vaccino antigonococcico sono assai pregevoli ma anche con esso, come per i sieri, i maggiori successi si sono avuti nella cura delle complicazioni. Nell'uretrite, nei suoi vari stadi, il vaccino largamente usato, qualunque sia stata la via di introduzione, ha dato assai scarsi risultati così per es.: nella uretrite acuta Friedländer, Her-

mann, Sabella, Cappelli, Maderna, Schumacher, Habermann hanno avuto risultati negativi; Egne e Steward, Manté portano qualche caso di guarigione. Altri autori nelle uretriti subacute (Swimburne, Habermann, Define, Cappelli, Maderna) negano ogni efficacia al vaccino mentre quasi tutti sono concordi nella nessuna sua azione nel trattamento della uretrite cronica. Il Copelli solo, contrariamente agli altri asserisce di avere avuto sempre benefici effetti nel trattamento di uretriti acute, subacute e croniche col vaccino preparato secondo il suo metodo sì da raggiungere una percentuale del 75 % di guarigioni nelle uretriti acute, del 50 % nelle subacute e del 97 % nelle croniche, pur confessando per queste ultime di averne osservate solo 32 casi.

Nelle epididimiti e deferentiti il vaccino antigonococcico si è dimostrato tanto più attivo quanto più sollecito è l'intervento; la sua azione è immediata quasi, facendo cessare ogni disturbo subbiettivo con notevole sollievo dell'infermo e secondariamente provoca la risoluzione del processo flogistico che scompare completamente o lascia qualche piccolissimo infiltrato. Numerosissimi sono i casi di guarigione con la vaccino terapia delle affezioni testicolari e chiunque ha un pò di pratica dell'argomento ne può citare.

Nelle forme di prostatite acuta il vaccino ha dato qualche risultato purchè non sia iniziata la suppurazione (Sabella, Friedländer e Reiter). Nella cooperite il vaccino può essere di una certa efficacia sempre che l'intervento sia sollecito e non sia iniziata la fase suppurativa (Define, Cappelli, Maderna). Sono assai discordi i pareri dei vari studiosi sull'azione del vaccino nelle uretriti, vulviti e vaginiti infantili. Cappelli, Schumacher, ecc. accennano a modificazioni dei fatti infiammatori e la scomparsa del gonococco; Butler e Long su 12 casi di vulvovaginite infantile ebbero 9 guarigioni, Define ne porta un solo caso. Il periodo di osservazione però a cui queste inferme sono state sottoposte dopo la supposta guarigione non appare così rigoroso e prolungato da renderle ben sicure.

Poco invece si conosce, perchè scarse sono le osservazioni, sull'effetto del vaccino nelle metriti, cerviciti bartoliniti; le annessiti avrebbero risentito un benefico effetto per l'azione risolutiva esercitata dal vaccino stesso. Burzi cita un caso di salpingo ovarite che con 2 iniezioni di vaccino Parke-Dävis ha ottenuto una riduzione di volume così notevole da essere ricondotta alle condizioni normali; sopravvenuta una riacutizzazione ha ripetuta una iniezione di vaccino Welcome a titolo maggiore ed in due settimane si è avuta la guarigione completa. Lo stesso Burzi su 20 casi trattati ha avuto 10 guarigioni.

Nelle complicanze ematogene come ad esempio nella setticoemia le osservazioni sono poco numerose: il Dieulafoy porta la guarigione con poche iniezioni di vaccino di un caso importante di endocardite e polmonite gonococcica.

Grande e benefica è l'influenza del trattamento vaccinico nelle forme articolari; sino dalla prima iniezione, si può dire, si ha una diminuzione notevole dei fenomeni subbiettivi e specialmente del dolore che tormenta in maniera straordinaria gli ammalati e secondariamente si inizia in breve la risoluzione dei fatti infiammatori sino al ritorno dell'articolazione nelle condizioni normali. Ricordo numerosi casi di artriti blenorragiche delle grosse articolazioni specialmente, ribelli ad ogni trattamento e dolorosissime, che alle prime iniezioni di vaccino (Pagon che è quello più da noi usato) presentarono una notevolissima remissione del dolore e conseguentemente una risoluzione del processo con progressiva *restitutio ad integrum* delle varie articolazioni. Ormai pur le statistiche non essendo concordi sulla percentuale di guarigioni, nessuno può negare l'azione pronta ed efficace del vaccino nelle forme articolari gonococciche. Il Cappelli cita anche un caso di miosite guarita colla vaccinoterapia.

In quanto all'effetto del vaccino sulle lesioni oculari poco sappiamo, però qualche risultato lusinghiero si è ottenuto. Così Schumway ha trattato un caso di irite gonococcica ed alla 2ª iniezione di vaccino si ebbe la scomparsa del dolore e della fotofobia ed in 5 settimane la guarigione completa. Ora in Francia sono stati ripresi questi studi, e pare con buon successo, specialmente sulle scimmie alle quali verrebbe provocata antecedentemente una congiuntivite gonococcica.

L'uso del vaccino può procurare disturbi, però devo aggiungere che per la esperienza degli altri e mia, sono di ben scarsa gravità e consistono in iperpiressia consecutiva all'iniezione, dolenzia locale con arrossamento della parte, talora riaccensione temporanea delle complicanze contro le quali si vuole agire. L'uso dello siero invece può portare qualche fenomeno più grave, fenomeno che rientra nel gran quadro dell'anafilassi.

Da quanto fu detto si dovrebbe concludere che la sieroterapia non ha efficacia nelle forme gonococciche primitive aperte e cioè nell'ure-

trite, vulvovaginite, cervicite, ecc., agisce scarsamente nelle complicanze regionali quali la prostatite, bartolinite, ecc. maggiormente nelle annessiti mentre ha efficacia veramente notevole negli stati setticoemici e nelle varie complicazioni ematogene. La vassinoterapia presentando dei risultati forse meno costanti offre uniformità minore di giudizio, però si può affermare che ha azione nulla nelle forme aperte, mentre ha efficacia notevole pur non eccessivamente costante, nelle complicazioni regionali ed ematogene.

Viene spontanea la domanda del perchè i maggiori successi della immunoterapia antigonococcica si abbiano nelle manifestazioni chiuse e la risposta non è facile; si è voluto spiegare per lo siero, subordinando la sua azione alla quantità e durata di esso sui tessuti, adducendo che l'iniezione non realizza questo contatto sufficientemente per le localizzazioni delle mucose dove la quantità del materiale curativo, già insufficiente, viene ben presto eliminato per la continua corrente di leucociti e siero emesso dai tessuti malati verso la superficie libera delle mucose in rapporto con l'esterno. Questo non avviene invece nei processi incapsulati ove all'afflusso dei leucociti nelle cavità, si aggiunge una infiltrazione continua dei tessuti circostanti che per ciò possono essere ricchissimi di anticorpi immunizzatori. Però mentre questo si può dire per gli sieri ugualmente non può dirsi per vaccini che non hanno una azione transitoria di neutralizzazione dei prodotti tossici specifici, ma hanno un potere provocatore della immunità attiva che dovrebbe conferire all'organismo condizioni tali da contrastare lo sviluppo e la vita del gonococco. Da ciò ne dobbiamo trarre che le nostre conoscenze sono scarse e ci dobbiamo limitare a constatare gli effetti della immunoterapia antigonococcica ignorandone, almeno pel momento, la ragione.

Ed ora quale è il meccanismo d'azione del siero antigonococcico e quale quello del vaccino? Per il primo dobbiamo innanzi tutto chiederci: ha esso azione contro lo stesso germe od agisce sopra le tossine che il gonococco elabora? oppure ha il potere di modificare l'insieme dei tessuti su cui il gonococco si impianta si da renderli inadatti al suo sviluppo? Le ricerche biologiche come abbiamo veduto tenderebbero a fare pensare ad un potere battericida specifico del siero medesimo, però le esperienze cliniche sarebbero in pieno disaccordo e si è veduto che l'uso di siero antigonococcico nelle uretriti non ha alcun benefico risultato, che anzi si è giunti ancora più in là poichè nessun miglioramento si è constatato nell'applicazione diretta dello siero sull'uretra malata ove il gonococco continua a svilupparsi ed a riprodursi. Questo è sufficiente a mio parere, per negare allo siero ogni potere battericida. Rimane più attendibile l'ipotesi che abbia una azione sulle tossine elaborate dal germe stesso, e se ne avrebbe una conferma dal fatto che altri sieri sono antitossici per eccellenza e fra questi primo l'antidifterico. Del resto l'esperienza clinica ci insegna che lo siero antigonococcico ha un'azione sulle complicanze della uretrite blenorragica e sembra plausibile queste siano dovute in buona parte alla tossina gonococcica; con ciò non voglio escludere che tante volte non possa ritrovarsi in sito il germe stesso. Ripeto, questa teoria per cui lo siero eserciterebbe la sua azione contro le tossine che, secondo alcuni il germe è capace di elaborare, secondo altri di lasciare libero solo col suo disfacimento perchè strettamente legate al suo corpo, sembra la più accettabile. Il Ciuffo pensava che lo siero avesse una azione contro le endotossine del gonococco ed ammetteva l'ipotesi che agisse doppiamente sul germe sia rendendolo più facile di quanto non lo sia naturalmente ad elaborare queste tossine, sia neutralizzandole o facendole eliminare; se questa eliminazione potesse essere dimostrata lo siero avrebbe l'azione benefica di depurare l'organismo da questi prodotti tossici.

Circa la terza ipotesi che i tessuti possano essere modificati dall'uso dello siero mi sembra inammissibile pel fatto stesso che l'azione diretta di esso sull'uretra malata non ha ottenuto successo alcuno nella guarigione e nel rapido migliore andamento dell'uretrite stessa.

Sul meccanismo d'azione del vaccino, come il Cappelli scrive, due sono le teorie che si contendono il campo: la cellulare e l'umorale. La prima si fonda sulla proprietà di difesa esercitata dai leucociti contro i batteri e che ha la sua esplicazione colla fagocitosi. Il Wright ne ha data una interpretazione pratica mediante la concezione delle opsonine e ne ha permesso la valutazione colla ricerca e la determinazione dell'indice opsonico; secondo il Wright stesso i poteri di difesa dell'organismo vaccinato contro la infezione sarebbero appunto resi manifesti dalla ascesa o dalla discesa della curva di produzione delle opsonine specifiche, ed ascesa e iscesa vennero chiamate rispettivamente fase positiva e fase negativa. La determinazione di questi due speciali momenti nell'organismo vacciniato, ossia meglio dell'indice opsonico ,sarebbe una sicura guida per

la valutazione delle dosi e degli intervalli di tempo da osservarsi nella pratica vaccinica. Bisogna però dire che queste geniali concezioni del Wright furono negate dall'esperienza pratica specie nel campo dell'infezione blenorragica, e furono quindi aspramente combattute specie dagli studiosi tedeschi da prima perchè nella blenorragia si è voluto negare ogni potere fagocitario ai leucociti i quali anzichè essere dei distruttori per il gonococco, sarebbero degli ospiti in cui il germe non solo può annidarsi ma vivere e riprodursi per un nuovo contagio, secondariamente perchè ancora non si conosce la intima natura delle opsonine e nulla si sa sui rapporti che possano esservi fra esse e quegli speciali anticorpi che si è veduti esistere nel siero di sangue dei blenorragici. Clinicamente poi, si è osservato come nella massima parte dei casi non esista una corrispondenza fra miglioramento e peggioramento dei sintomi morbosi ed aumento o diminuzione dell'indice opsonico che anzi spesso se ne è notata una contraddizione.

La teoria umorale si basa sulla presenza nel siero di sangue di speciali anticorpi che possono prodursi in quantità maggiore o minore per introduzione in circolo di speciali antigeni. La presenza di questi anticorpi viene dimostrata con speciali reazioni biologiche ed anche qui si ha una fase positiva e negativa a seconda dell'ascesa o della discesa della curva di produzione degli anticorpi stessi. A seconda di queste fasi dovrebbe essere regolata l'introduzione del nuovo antigeno (vaccino) sia in riguardo alla quantità sia in riguardo all'intervallo fra le singole iniezioni. Quando in un organismo viene introdotto un dato antigene si ha una diminuzione di anticorpi legati dall'antigene e quindi si ha la fase negativa che però viene seguita immediatamente da nuova produzione di anticorpi ed ha inizio la fase positiva; ora se durante la fase negativa nuovo antigene viene introdotto nell'organismo questa fase si accentua maggiormente ed i poteri di difesa diventano ancora più scarsi sì da mettere l'organismo in condizioni da essere seriamente danneggiato se una nuova introduzione di antigene venisse effettuata. Da qui se ne deduce che solo all'inizio della fase positiva deve essere introdotto nell'organismo nuovo antigene pure tenendo presente che proprio in questo momento si può avere una tale iperproduzione di anticorpi da determinare la distruzione di altro antigene che venisse introdotto con la messa in libertà di una tale quantità di tossine da provocare quegli speciali fenomeni tossici da noi sopra ricordati. Però anche questa teoria umorale ha trovata ben scarsa esplicazione nella pratica cosicchè anche ora il meccanismo di azione del vaccino rimane avvolto nella oscurità.

Concludendo da quanto ho potuto vedere nella mia breve pratica, e cogliere dagli studi di chi prima di me si è occupato dell'argomento, mi pare doverne dedurre che la immunoterapia antigonococcica non ostante le sue manchevolezze si presenta come un sussidio terapeutico di grande valore in molte complicanze della uretrite blenorragica; certo deve essere usata con criterio vagliando molto bene caso per caso le indicazioni e contro indicazioni che si possono presentare.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CONSORZIALE DI VALDINIEVOLE IN PESCIA
prof. A. CORDERO,
chirurgo primario e soprintendente.

A proposito del metodo Biondi per la cura chirurgica delle fistole intestinali e dell'ano preternaturale.

Dott. G. B. ANTONGIOVANNI, aiuto.

Quasi tutti i chirurghi sono concordi nel ritenere che, tanto l'ano preternaturale, quando si sia ristabilita la circolazione dell'intestino, quanto e più facilmente le fistole stercoracee nate come tali in seguito ad un processo patologico infiammatorio e necrotico della parete dell'intestino (ascessi pelvici, ascessi periappendicolari, ernie strozzate, ecc.) hanno tendenza a chiudersi in modo spontaneo. In realtà tale evenienza tanto favorevole è molto rara e molti fattori impediscono che si verifichi. Intanto non bisogna fare il minimo assegnamento su tale guarigione spontanea quando si abbia un'apertura cutaneo-intestinale troppo grande.

Se si vuol essere molto precisi sull'argomento bisogna osservare che le guarigioni che sono riferite da alcuni autori (Santucci, Biondi, Solieri) si riferiscono a casi di fistole stercoracee del grosso intestino e specialmente alle fistole stercoracee di origine appendicolare che seguono ad interventi chirurgici su ascessi appendicitici della fossa iliaca destra od alle moderne *appendicostomie* e *ciecostomie* nel trattamento delle enterocoliti croniche (Caucci, Mattoli, Keetley, Weir).

Il contenuto dell'intestino crasso non è molto irritante ed è formato, il volume del viscere è assai grande, la sua peristalsi non molto intensa.

Una piccola fistola della sua parete non trova quindi grande difficoltà a chiudersi, verificandosi una progressiva stenosi del cercine cutaneo cui aderisce. Ognuno comprende invece come una fistola che si trovi nell'intestino tenue (che il Solieri chiama *enterica* per distinguerla da quelle del crasso) sia nelle peggiori condizioni fisio-patologiche per una autoguarigione.

Infatti il lume intestinale è piccolo, la peristalsi è intensa e frequente, il contenuto del viscere è liquido e fortemente irritante per la cute a causa della presenza delle secrezioni pancreatica e biliare che esercitano su di essa un'azione digestiva vera e propria. Stando così le cose il chirurgo deve fare molto assegnamento sulle operazioni intente a sopprimere chirurgicamente le fistole intestinali e gli ani contro natura cercando di agire nel modo il meno possibile lesivo e prendendo anche in considerazione le possibili future complicazioni derivanti dall'applicazione di un metodo piuttosto che di un altro. Queste operazioni intente a curare sia l'ano preternaturale sia le fistole stercoracee si possono dividere secondo Mattoli in due classi. Sorvoleremo sulla prima di queste classi che riguarda le operazioni intraperitoneali, *enterorrafia laterale, enterectomia ed enteroanastomosi* (esclusione) (Czerny, Parkei, Polano, Calminiti, ecc.) e porteremo invece la nostra attenzione sulla seconda classe di tali operazioni od operazioni extraperitoneali.

Queste agiscono direttamente sull'orificio nel caso di fistole stercoracee, hanno bisogno prima di sopprimere lo sprone sia con *l'enterotribo del Dupuytren* sia con la sezione e sutura immediata di esso (Richelot, Chopault), nel caso di ani contro natura. I metodi plastici che aggrediscono e tentano di sopprimere extraperitonealmente le fistole intestinali, sono certo da preferirsi dal chirurgo in quanto sono pochissimo lesivi per il paziente e, del resto, in caso di insuccesso non precludono la via all'enterectomia ed enteroanastomosi secondo che l'una o l'altra di queste operazioni venga giudicata inevitabile dal chirurgo. Tali metodi plastici però hanno il grave inconveniente che vanno applicati su di un terreno infetto e su tessuti alterati e poco resistenti. Questo quanto all'esito immediato dell'operazione che mira alla soppressione della fistola. Hanno poi degli inconvenienti ben più gravi quanto all'esito futuro; voglio alludere alla canalizzazione intestinale che può seriamente essere minacciata in un tempo più o meno lontano per la diminuzione del lume intestinale determinata dalla retrazione cicatriziale delle suture praticate nell'atto operatorio sulla parete dell'organo. Questi disturbi di canalizzazione sono tanto più a temersi se la plastica fu eseguita sull'intestino tenue che ha un lume assai piccolo e facilmente stenosabile. Esiste in questo Ospedale un caso tipico del genere che a me pare molto istruttivo nella valutazione critica degli esiti a distanza di uno dei più comuni metodi plastici sulla chiusura delle fistole intestinali, cioè del *metodo Biondi.* Il caso non potrebbe essere più interessante dal lato clinico in quanto che si riferisce ad un paziente operato presso lo stesso Biondi nell'ottobre del 1904 e del quale riferisce appunto il Solieri a pag. 275 della Clinica Chirurgica del 1908 nel suo lavoro « Sulla cura delle fistole stercoracee e degli ani contro natura ». Riassumo brevemente la storia clinica del nostro degente.

Fregoli Quintilio, di anni 38, di Sarteano, cameriere. Non ha sofferto di malattie degne di nota fino a 21 anno. In quella età fu colto da disturbi intestinali, con febbre e dolori addominali, che furono curati come gastro-enterite. Dopo circa un mese fu ricoverato nella clinica chirurgica di Siena ove gli fu riscontrato un ascesso nella fossa iliaca destra di origine appendicolare.

Fu operato di laparotomia sottombelicale destra e si dette esito ad un vasto ascesso della fossa iliaca destra e della piccola pelvi limitato da forti aderenze connettivali tra peritoneo parietale, cieco, omento ed anse del tenue. Durante le laboriose manovre operatorie praticate per evacuare l'ascesso, un'ansa del tenue usurata dal processo infiammatorio, riportò una piccola lacerazione che fu suturata alla Lembert. Fu quindi praticata l'appendicectomia e drenato il cavo ascessuale. Però la sutura eseguita sull'ansa del tenue lacerata nell'operazione non tenne, anzi ne risultò un'estesa necrosi sulla parete intestinale usurata, per cui si produsse una fistola enterica che si trasformò in un vero ano contro natura. La sede di questo ano era assai alta come si arguiva dalla rapida fuoriuscita, dal capo afferente, degli elementi ingeriti, misti a bile.

In seguito a tale condizione di cose l'ammalato cadde in gravissimo stato di denutrizione nonostante l'alimentazione per l'ansa efferente e la via rettale. Dovendosi provvedere con sollecitudine e d'altra parte dovendosi escludere sia l'enterectomia, sia l'enteroanastomosi per la grave inanizione del soggetto e per la setticità della cute quasi digerita intorno all'ano preternaturale si applicò l'enterotomo di Mikulicz sullo sperone sottile e non profondo assai bene individualizzabile. L'enterotomo provocò per 24 ore vomito e dolori e temperatura al paziente, poi fu tollerato assai bene e tenuto in posto per sei giorni.

Caduto l'enterotomo residuò l'ano trasformato in un'ampia fistola enterica. Contemporaneamente si ristabilì il circolo intestinale

per le vie naturali. Il malato cominciò ad alimentarsi e le sue condizioni generali in un mese rifiorirono. Residuava solo la grossa fistola enterica con mucosa estroflessa. La cute circostante era intanto ritornata normale mercè le frequenti medicature. Il 28 ottobre 1904 il paziente fu assoggettato al 2° intervento per l'eliminazione della fistola. Si praticò un'incisione intorno alla mucosa exstroflessa individualizzando due lembi di cute, e si prepararono gli strati anatomici della parete.

Furono quindi suturati alla Lembert i lembi cutanei rovesciati e si sovrappose un'altra sutura incompleta del cellulare preperitoneale. Fu suturato il margine esterno del retto al margine interno del piccolo obliquo. Sutura dell'aponeurosi e della cute. La guarigione si ottenne per prima intenzione ed in venti giorni il paziente lasciò la clinica guarito e con funzionalità intestinale normale. Il Solieri, dal quale ho fin qui riassunto i dati anamnestici del paziente, asserisce di aver rivisto l'ammalato dopo un anno perfettamente ristabilito con digestione ed evacuazioni regolari.

Infatti il Fregoli sebbene esercitasse la professione di cameriere notevolmente pesante per lo strapazzo fisico cui sottopone, stette regolarmente bene per ben quindici anni durante i quali prestò servizio in molti alberghi francesi ed italiani. Nel 1919 però trovandosi di sorta. Questa colica accompagnata da forte colica intestinale sebbene fosse molto sobrio nel mangiare e non avesse sofferti strapazzi di sorta. Questa colica accompagnata da forte vomito, si risolse ben presto con purganti e clisteri ed il Fregoli riprese il suo lavoro come prima, finchè il 30 maggio 1921 trovandosi a Montecatini fu colto nuovamente da forti dolori colici anche questa volta senza disordini dietetici. I purganti ed i clisteri non sortirono alcun utile effetto, i dolori aumentarono, l'addome si fece tumido e meteorico, sopraggiunse vomito da prima biliare, poi nettamente stercoraceo. Aggravandosi sempre più le condizioni generali, l'ammalato fu ricoverato d'urgenza nel nostro Ospedale. Qui giunto fu constatato: — Addome tumido e meteorico. Attraverso le sua parete si disegna qualche ansa del tenue dilatata. Timpanismo alla percussione. Vomito fecaloide. Alvo chiuso. Polso piccolo, sfuggente, filiforme. Pallore della cute estremo. Facies addominale. Data la gravità preoccupante del quadro clinico, il mio primario prof. Cordero sottopose alla laparotomia l'ammalato.

Fu eseguita l'incisione cutanea lungo la cicatrice della precedente operazione. Giunti nella cavità peritoneale si trovò aderente al peritoneo parietale, corrispondente alla linea di sutura della precedente laparotomia, un'ansa del tenue intestino la quale, siccome appariva dilatata, fu fissata alla parete addominale e quindi incisa dando esito a forte quantità di feci liquide.

Dopo 8 giorni di condizioni estremamente gravi e che facevano temere l'esito da un momento all'altro, il nostro ammalato adagio adagio cominciò a riprendere. L'alvo però, rimase ancora completamente chiuso e le feci uscivano per intero dalla neostomia. Fu tentata due volte l'applicazione dell'*enterotomo di Dupuytren*, ma mentre una branca dell'apparecchio entrava assai bene nell'ansa afferente dell'ano preternaturale, non si riusciva in alcun modo a far penetrare nell'ansa efferente l'altra branca. Era però evidente, e lo si individuava assai bene con delle sonde molli di Nélaton, uno sperone spesso e corto. Lasciammo un po' in calma l'ammalato e finalmente nel novembre riuscii dopo pazienti manovre a far penetrare una branca dell'enterotomo nell'ansa stenotica efferente dell'ano contro natura e così potei sistemare in modo soddisfacente l'apparecchio. Esso non diede nessun disturbo al paziente e cadde spontaneamente dopo sette giorni di permanenza in sito.

Ricominciai allora la nutrizione, per os, che avevo sospesa durante l'applicazione dell'enterotomo, e dopo conveniente tamponamento (1) della neostomia riottenni *dopo cinque mesi* la canalizzazione dell'intestino. Ripresero subito a migliorare le condizioni generali del paziente e dopo otto giorni le defecazioni per via naturale si fecero giornaliere ed abbondanti e l'ammalato lasciò il letto assai in forze. Attualmente la nutrizione generale è divenuta davvero soddisfacente e attendiamo la completa guarigione della cute intorno al vecchio ano contro natura trasformatosi ormai in un'ampia fistola enterica, per procedere ad un'entero-anastomosi per esclusione.

Questo caso clinico dimostra in modo chiaro come in seguito ad una plastica diretta, intesa a sopprimere, col metodo Biondi, una vasta fistola stercoracea del tenue, si sia giunti alla distanza di diciassette anni ad un ileo acuto e completo mettendo in serio pericolo l'ammalato. Che la stenosi intestinale la quale determinò l'occlusione sia in corrispondenza della plastica eseguita, mi pare fuori dubbio in quanto che tale stenosi fu ritrovata in tutta vicinanza della vecchia ferita laparotomica in un'ansa del tenue ad essa aderente, e controllata chirurgicamente dalla branca della pinza enterotoma di Dupuytren che solo dopo ripetuti tentativi mi riuscì far penentrare nel punto stenosato dell'intestino che era a principio dell'ansa efferente che sboccava nell'ano preternaturale. Per comprendere il meccanismo col quale nel nostro caso si sia giunti ad una grave stenosi intestinale darò una rapida descrizione del metodo Biondi. Questo metodo che è una modificazione più semplice e più pratica di quello dell'Heydenreich è, senza dubbio, ingegnoso e può definirsi col Solieri «*una plastica delle pareti intestinali con lembi cutanei, ed affondamento extraperitoneale dell'ansa riparata sotto gli strati anatomici dell'addome*». Consiste in poche parole nell'utilizzare, per chiudere la breccia dell'intestino,

(1) G. B. ANTONGIOVANNI. *Su di un nuovo metodo di medicazione delle fistole stercoracee con un «Bottone a valvola»*. Morgagni, Parte I (Archivio), n. 4, 1922.

la cute che circonda la mucosa intestinale extroflessa. Si preparano, a questo scopo, due lembi di cute con incisioni curve che circoscrivono la fistola e che si mantengono aderenti ed in continuità con la mucosa. Questi lembi vengono arrovesciati in dentro e suturati alla Lembert in modo che dovrebbero sostituire il tratto mancante di parete intestinale. Il Solieri raccomanda che le incisioni suddette sieno fatte in modo che i lembi cutanei risultanti sieno ricchi e sopravanzino sugli angoli, di almeno un centimetro la mucosa. « È necessaria, aggiunge, la preparazione e la sutura degli strati anatomici sovrastanti perchè in tal modo si assicura la buona nutrizione dei lembi cutanei utilizzati per la plastica intestinale e perchè l'affondamento nell'addome, che in tal modo si ottiene, dell'ansa interessata, rende sempre più libero il circolo intestinale e quindi sono maggiori le probabilità di risultato ».

Heydenreich scolpisce invece un lembo la cui base corrisponde ad uno dei margini della apertura fistolosa; rovesciando sopra di essa il lembo stesso con la superficie epidemica volta profondamente si chiude l'apertura preternaturale. Altri metodi consimili sono quelli di Savariaud e Jeannel. Su tutti questi è senza dubbio da preferirsi il metodo del Biondi che mira alla eliminazione della fistola intestinale ma nello stesso tempo prende nella dovuta considerazione la nutrizione del lembo cutaneo che impiega a tale uopo. Però, come osservai in principio di questo scritto, mi sembra che questi metodi plastici debbano prendere in esame oltre che i risultati immediati indubbiamente utili, anche gli esiti tardivi in quanto che possa nel futuro essere compromessa quella canalizzazione intestinale che in un primo tempo hanno mirato a ristabilire. E questo senza togliere al metodo Biondi il valore pratico che ha indubbiamente nella sua giusta applicazione in determinati casi di fistola intestinale. Anche il Solieri infatti nell'esposizione che fa del metodo del suo maestro conchiude che « i resultati soddisfacenti che il metodo ha dati non ci autorizzano tuttavia a volerne generalizzare l'uso e prova ne sia che il prof. Biondi in due casi di ano contro natura enterico crurale postumo di ernia strozzata con sprone profondo ed ampio, fece con ottimo resultato la enterectomia ed entero-anastomosi terminale ».

Ed ecco che, con l'appoggio dello stesso autore, mi sembra possa farsi una importante osservazione sulle condizioni che consigliano o controindicano l'applicazione del suo metodo operatorio. Crediamo cioè che vada senz'altro applicato senza alcuna preoccupazione per gli esiti futuri nei casi di fistola cecale, in quanto che la grandezza del lume di tal segmento del canale alimentare, l'abbondanza dei tessuti che ne costituiscono la parete, ci danno sicuro affidamento che, anche affondandc in esso due strati di sutura. non se ne compromette la canalizzazione. Nel caso invece del nostro Fregoli ove si aveva una vasta fistola enterica a carico dell'intestino tenue ben si comprende come i due lembi di cute in esso introflessi a scopo plastico, abbiano in secondo tempo determinata una stenosi che è forse in rapporto alle modificazioni istologiche verificatesi nei lembi cutanei stessi, modificazioni locali ad ogni modo che hanno determinata una retrazione che ha impedita da prima parzialmente e stransitoriamente (in Sicilia) la canalizzazione intestinale, poi ha completamente e durevolmente ostruito, in seguito, lo stesso segmento d'intestino a lume piccolo. Certo tali considerazioni furono giustamente apprezzate anche dal prof. Biondi quando nei due casi surriferiti di ano contro natura enterico crurale postumo di ernia strozzata non adoperò il suo metodo, ma sibbene la enterectomia ed entero-anastomosi terminale con ottimo successo. Altri metodi plastici intenti a chiudere direttamente le fistole stercoracee sono quello di Titone che utilizza pure una fettuccia cutanea circolare sezionata intorno all'apertura fistolosa, quello del cerclage di Lenormant ed infine altri che vengono applicati direttamente sull'intestino senza usare la cute (Chapaut). Però hanno tutti lo stesso inconveniente riscontrato al metodo Biondi, nel riguardo degli esiti postumi, quando si adoperino per plastiche extraperitoneali su qualche fistola stercoracea impiantata in un tratto del tenue. In questi casi, specialmente quando esistano larga perdita di sostanza della parete viscerale od aderenze estese, sarà bene adoperare qualcuno dei metodi intraperitoneali (Czerny, Mengel, Gangolfe, ecc.), cioè l'*enterorrafia laterale*, l'*enterectomia* e l'*entero-anastomosi* che riescono più radicali e non danno preoccupazioni per l'avvenire. Sarebbe invece inutile e dannoso ricorrere al maggior rischio cui queste ultime operazioni espongono il paziente, quando in una fistola stercoracea del grasso intestino riesce minimamente lesiva la plastica del Biondi che in questo caso è anche completamente curativa nel rispetto degli esiti recenti e remoti.

Pescia, dicembre 1921.

BIBLIOGRAFIA.

DUPUYTREN. *Mémoire sur une méthode nouvelle pour traiter les anus accidentelles.* Mém. Acad. de Méd., 1828, T. 1°.

POLLOSSON. *Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales.* Thèse d'agrégat, Paris, 1883.

KIRMISSON. *De la guérison de l'anus contre nature* Gaz. des Hôpit., 1883.

CHAPAUT. *Traitement de l'anus contre nature.* Sem. Méd., 1890.

HEYDENREICH. *Occlusion intestinal par vers intestinaux. Etablissement d'un anus artificiel. Fermeture de l'anus par un procédé autoplastique nouveau.* Sem. Méd., 1891.

REEVES. *Abnormal anus and intestinal fistulae.* Lancet, 16 M. 1891.

MONARI. *Contributo clinico sperimentale alla cura delle fistole stercoracee.* Bologna, 1896.

RÖRIG. *Ueber die Heilung des anus praeternaturales.* Zuang. Diss. Halle, 1897.

CAMINITI. *Contributo alla cura radicale della fistola intestinale e dell'ano preternaturale.* Gaz. degli Ospedali, aprile 1903.

SOLIERI. *Contributo alla cura delle fistole intestinali.* Clinica Chirurgica, 1908, n. 2.

SAVARIAUD. *Traitement de l'anus artificiel.* La Tribune Médicale, n. 34, 1909.

TITONE. *Nuovo processo operativo per la cura delle fistole intestinali ed ano contro natura.* Clin. Chir., 1910.

LENORMANT. *Sur un nouveau procédé extrapéritoneal de fermeture de l'anus artificielle sans éperon e des fistules labiées. de l'intestin.* Press. Méd., 1912.

GIORDANO. *La chirurgia del cieco.* XXVII Congresso Soc. Ital. di Chirurgia, Roma, novembre 1920.

MATTOLI. *Chirurgia del colon.* XXVII Congr. Soc. Ital. di Chir., pag. 35.

SCHWARTZ. *Traitement chirurgical du cancer du colon.* Pàris Médical, aprile 1921, pagina 272.

NOTE E CONTRIBUTI.

Su la probabile causa degli inconvenienti immediati delle rachianestesie e sul modo di evitarli

per il dott. IGNAZIO DI PACE.

Sono noti gli scoraggianti e, qualche volta, emozionanti inconvenienti immediati delle rachianestesie, quali: disturbi del respiro, polso raro e piccolo, afasia, stato di ambascia, conati di vomito, vomito, sudore profuso e freddo, profondo pallore.

Ed è anche noto che tali inconvenienti si deplorano tanto se si iniettano, nel rachide, soluzioni di stovaina, tanto se, in loro vece, si iniettano soluzioni di tropococaina, o di novocaina, o di stovaina-novocaina, per ottenere l'anestesia midollare.

Per spiegare tali inconvenienti sono state formulate varie ipotesi, le quali però non convincono e non sfuggono alla critica.

La ragione di ciò io credo stia nel fatto che i vari autori, nel formulare le loro ipotesi, non abbiano tenuto presente solo gli inconvenienti delle rachianestesie; ma che si siano preoccupati, in generale, dei suoi insuccessi e abbiano mirato a spiegarli, senza fare una netta e chiara distinzione fra insuccesso e inconvenienti, che sono due cose ben diverse; perchè l'insuccesso riguarda le anestesie o ritardate, o insufficienti, o di breve durata, o nulle: mentre gli inconvenienti riguardano tutta la ricca serie dei disturbi che susseguono o immediatamente (e perciò detti immediati o vicini), o a distanza di una o più ore (e perciò detti consecutivi o lontani) alla iniezione endorachidea di sostanza anestetica.

Io insisto su questa distinzione e divido nettamente anche gli insuccessi immediati dai consecutivi, non solo per la loro diversa manifestazione, in quanto quelli sono transitori e questi sono più o meno duraturi, ma anche e principalmente perchè essi non possono spiegarsi con una stessa ed unica causa.

In questa breve nota io intendo parlare esclusivamente degli insuccessi immediati.

Dal 1917 a oggi, nella mia pratica chirurgica, fatta sia quale assistente chirurgo nell'Ospedale Militare di Riserva di Campobasso, sia come capo reparto negli Ospedali da Campo 002 (Ospedale chirurgico della 1ª Armata), e 27 (Ospedale chirurgico per cranici e addominali, della 3ª Armata), e in quello di Guerra n. 30, sia come assistente nella Maternità di Verona, e sia nell'esercizio privato, ho notato:

1° che in 251 rachistovainizzazioni da me fatte, allo scopo di ottenere l'anestesia al disotto del livello dell'ombelico, ho avuto costantemente la fortuna di non deplorare nessuno dei detti inconvenienti;

2° e che invece, in 45 (1) rachistovainizzazioni, praticate nello stesso periodo di tempo, negli stessi Ospedali da Campo e di Guerra e nell'esercizio privato, per ottenere l'anestesia generale, nonostante la mia maggiore cura e il mio più zelante accorgimento, per non trascurare nemmeno il più piccolo dettaglio di tecnica, ho dovuto deplorare: dieci volte semplici conati di vomito, accompagnati da pallore e da scarso sudore; cinque volte vomito, seguito, tutte le cinque volte, da disturbi del respiro, tre volte da afasia e sempre da stati di ambascia, da profuso sudore freddo e da profondo pallore; tre volte disordini del polso, accompagnati, una sola volta, da disturbo respiratorio, da ambascia, da sudore e da pallore.

E pure in questi, come in quei casi, le soluzioni di stovaina sono state quasi sempre quelle al 10 %, acidificate secondo la formula del prof. Alessandri e preparta dagli Stabilimenti Carlo Erba, o dalla Società dott. Zanoni e pochissime volte quelle semplici all'8 %, preparate dal Laboratorio chimico Antolini di Roma. E pure in questi, come in quei casi, ho iniettato sempre, preventivamente, sottocute, soluzioni di caffeina o di morfina. E pure, in questi, come in quei casi, ho usato sempre la stessa tecnica; e in questi come in quei casi ho avuto sempre la soddisfazione di far penetrare l'ago, nella cisterna terminale, alla prima infissione e di veder fluire sempre — meno una sola volta — il liquido cefalo-spinale limpidissimo (2).

La sola differenza di tecnica è stata la seguente:

Nei casi nei quali ho voluto ottenere l'anestesia al disotto del livello dell'ombelico, invece di far distendere i miei soggetti in posizione supina, subito dopo la rachistovainizzazione, ó dopo qualche minuto, come molti chirurghi consigliano, ho continuato a tenerli seduti, distraendoli, fino a quando l'anestesia dai piedi raggiungeva il perineo ed era completa; e fino a quando i riflessi plantare, rotuleo e cremasterico scomparivano completamente.

Nei casi invece nei quali l'anestesia doveva estendersi a tutto il torace, subito dopo la rachistovainizzazione, ho fatto distendere gli operandi in posizione supina, col bacino lievemente sollevato.

Negli altri casi nei quali l'anestesia doveva interessare le regioni del collo, o gli arti superiori e gli operandi erano in buone condizioni di resistenza organica, subito dopo la rachistovainizzazione li ho messi in posizione del Trendelenburg.

Credo che questa rilevante differenza di risultati si possa spiegare ammettendo che nel primo caso, tenendo il soggetto seduto, fino ad anestesia completa del perineo, si impedisce alle soluzioni di stovaina — o di altro anestetico — iniettate nella cisterna terminale, di diffondersi in tutto il liquido cefalo-spinale contenuto nel lago bulbo-spinale, in tempo relativamente breve e cioè prima che possano essere fissate o assorbite dalle radici dei nervi spinali del tratto inferiore, o lombo-sacrale, del midollo; e che nel secondo caso invece, facendo distendere il soggetto, in decubito supino, subito dopo la iniezione endorachidea, col bacino sollevato — o meglio, mettendolo nella posizione del Trendelenburg — non si favorisce la lenta diffusione delle dotte soluzioni, ma si facilita — grazie alla loro densità e all'azione della gravità — la loro mescolanza nel liquor contenuto in detto lago bulbo-spinale, comprese, s'intende, le sue porzioni superiori. E che forse, in conseguenza di ciò, le dette soluzioni, oltre che fissarsi sulle radici di tutti i nervi spinali (tratto inferiore o lombo-sacrale e tratto superiore o cervicodorsale) donde il manifestarsi dell'anestesia generale — si possono fissare anche — e quindi possano influenzare in modo più o meno intenso, i centri spinali e bulbari (centri midollari vasomotori e della secrezione del sudore; centri spinali dei movimenti respiratori e del simpatico cervicale; centri bulbari del vomito e del respiro, ecc.).

Non credo che i movimenti di andata e di ritorno del liquido cefalo-spinale, fra il cervello e la midolla, sincrono alle sistoli e alle diastoli, dimostrati dal Frank, possano facilitare o accelerare la diffusione delle dette soluzioni in tutto il lago bulbo-spinale; perchè essi movimenti, fievolissimi e quasi impercettibili dalla loro origine, per legge idrodinamica, devono arrivare nella cisterna terminale molto attenuati, in modo da non avere notevole in-

---

(1) Di 42 di detti casi ho riferito nella *Riforma Medica*, n. 5, 1920.

(2) Vedi in proposito i miei lavori: *Osservazioni sopra alcune rachianestesie ripetute negli stessi soggetti*, in «Il Policlinico», Sezione Chirurgica, n. 6, 1922; *Sopra una pretesa causa di insuccesso delle rachianestesie*, in «La Riforma Medica», n. 22, 1922.

fluenza sulla diffusione delle dette soluzioni. Dico «per legge idrodinamica», perchè essa cisterna terminale, essendo la parte più fortemente rigonfia del lago bulbo-spinale, nella quale si trova la maggior parte di tutto il liquido cafalo-spinale contenuto nel canale midollare, fa assumere a questo canale, nella sua porzione inferiore, una forma che può essere paragonata a quella di un tubo vuoto, a sezioni gradatamente crescenti verso il basso.

E perciò, anche senza seguire il Mosso (il quale, in contraddizione del Frank, ha dimostrato, sperimentalmente, che il liquido cefalo-spinale non viene spinto, ad ogni sistole cardiaca, dai ventricoli laterali fino allo sfondato durale e crede che si possa ammettere che nella pulsazione del cervello manca realmente il passaggio del liquido cefalo-spinale nello speco vertebrale) mi pare logico ritenere che essi movimenti non funzionino da forze aspiratrici per poter aspirare, nè da mezzi propulsori, per poter spingere, le dette soluzioni, diffondendole, dalle porzioni più basse e più ampie a quelle alte del lago bulbo-spinale, in tempo — ripeto — relativamente breve e in ogni modo sempre prima che l'anestetico possa fissarsi alle radici spinali del tratto inferiore della midolla.

Questa mia ipotesi trova sostegno e conforto nei seguenti fatti:

a) Iniettando soluzioni anestetiche fra 4ª e 5ª vertebra lombare (anestesia midollare) e tenendo il soggetto, per alcuni minuti, seduto, si ottiene anestesia limitata solo al disotto del livello dell'ombelico, ma non estesa al torace e, tanto meno, agli arti superiori, al collo e al capo;

b) Iniettando le stesse soluzioni nello spazio epidurale (anestesia epidurale o sacrale), tenendo il soggetto seduto, come usa il Läwen (1) si ottiene anestesia estesa solo alle regioni anale e perineale, ma non a tutto l'addome e, tanto meno, alle parti superiori del corpo (2);

c) Le leggerissime e transitorie (transitorie perchè, in generale, scompariscono dopo poche ore e solo eccezionalmente, dopo qualche giorno) alterazioni delle cellule nervose, del midollo, sono state osservate dal Pandonfini solo in corrispondenza del punto della iniezione delle soluzioni di stovaina e nelle vicinanze, ma non in tutto l'asse midollare (1);

d) Gli inconvenienti tardivi delle rachianestesie — se si fa eccezione della cefalea e del vomito — sono tutti a carico degli organi della metà inferiore del corpo.

Non credo che la mia ipotesi sia in contraddizione con le osservazioni del Chaput, il quale con l'aumento della dose della stovaina da 3 a 8 centigr. otteneva l'anestesia estesa a tutto il corpo.

Non lo credo per le seguenti ragioni:

1º perchè tutti i chirurghi, i quali hanno fatto uso di stovaina a dosi superiori agli 8 centigr., se hanno tenuto gli operandi, per alcuni minuti, seduti, non hanno constatato anestesia che avesse superato il livello dell'ombelico;

2º perchè lo Chaput, subito dopo la iniezione endorachidea, metteva l'operando in decubito supino, ciò che permetteva, come io ho dianzi ammesso, non la lenta diffusione, ma la relativa sollecita mescolanza della soluzione anestetica, in tutto il liquido cefalo-spinale.

E perciò io credo che si possa concludere ammettendo che gli emozionanti inconvenienti immediati delle rachianestesie siano dovuti, con molta probabilità, alle influenze delle sostanze anestetiche sui centri spinali e bulbari; e che essi inconvenienti possano evitarsi, tutte le volte che si deve intervenire su organi siti al disotto del livello dell'ombelico, tenendo il soggetto sempre seduto, fino a quando l'anestesia ha raggiunto il perineo; e ciò allo scopo di impedire alle soluzioni anestetiche usate di mescolarsi facilmente in tutto il liquido cefalo-spinale e di raggiungere le porzioni più alte del lago bulbo-spinale.

---

(1) Chathélin tiene il soggetto o seduto, o di fianco, o ginocchioni.

(2) Scheneider, Sclimpert e Kehrer, hanno dimostrato che mettendo il paziente, subito dopo la iniezione epidurale, in decubito, supino, col bacino alquanto sollevato, l'anestesia si estende ai segmenti superiori lombari e financo a quelli inferiori dorsali (circa l'8º). Da questa dimostrazione sono venute le due denominazioni distinte di *anestesia sacrale bassa*, per intendere quella che non va oltre il livello della sinfisi pubica e che si ottiene tenendo l'operando seduto, dopo la iniezione nello spazio epidurale; e di *anestesia sacrale alta*, per intendere quella che arriva al livello dell'ombelico e che si ottiene mettendo l'operando in decubito supino subito dopo la iniezione in detto spazio, col bacino alquanto sollevato.

(1) Lo Sleiter ha dimostrato che le soluzioni di stovaina acidificate con acido lattico, fino al titolo del 10 %, non inducono alcuna alterazione negli elementi nervosi del midollo spinale.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE DEL PANCREAS.

La pancreatite acuta

(DANIEL FISKE JONES. *The Boston medical and surgical journal*, 16 marzo 1922).

Questo termine viene ancor oggi usato indifferentemente per definire due stati pancreatici: la *necrosi pancreatica acuta* o *necrosi emorragica acuta* e la *pancreatite interstiziale acuta*.

Dopo le prime ricerche di Cl. Bernad (1856) sulla pancreatite sperimentale, numerosi lavori hanno dimostrato che si può produrre necrosi pancreatica iniettando per il dotto o nella sostanza stessa del pancreas sostanze varie, come il contenuto gastrico e duodenale, gli acidi e gli alcali deboli, gli acidi grassi, la bile normale, i sali biliari, la bile infetta, ecc. (Opie, Flexner, Hlava, Gulcke, Brocq, ecc.).

Archibald (1919), avendo notato che per determinare la necrosi non era sempre necessaria la presenza di calcoli biliari, rilevò l'importanza che ha lo sfintere di Oddi nella determinazione di tale lesione. Egli vide che, iniettando sotto una pressione di 350 mm. di acqua (con la quale viene normalmente escreta la bile), della bile bovina infetta o della bile umana sterile ma priva di mucina, si produceva necrosi più o meno estesa delle cellule parenchimali, mentre con la sola bile umana sterile si aveva una necrosi istologica.

Judd e Mann (1921) rilevarono che la contrazione della cistifellea non aumenta la pressione nel sistema biliare di più che 50 mm., che con violenti sforzi la pressione nel dotto pancreatico può salire a 500-1000 mm., senza che per ciò si abbiano lesioni necrotiche.

D'altro canto Brocq (1914), riferendosi ai casi di necrosi riscontrati dopo pasti abbondanti, aveva notato che lesioni necrotiche si possono avere iniettando bile o contenuto duodenale normali soltanto durante il lavoro della digestione.

Accanto a tali conclusioni sperimentali sono da rilevare i reperti di quattro autopsie riferite da Opie: nel primo caso la morte si ebbe dopo vomito prolungato ed intenso dolore epigastrico e si rinvenne necrosi emorragica attorno al dotto di Santorini, che sboccava normalmente nel duodeno mentre quello di Wirsung era molto assottigliato (Eliot); nel secondo la necrosi era pure circoscritta al dotto di Santorini, che drenava solo una piccola parte della testa del pancreas (Bassett); negli altri casi esisteva pure necrosi emorragica e solo il dotto di Santorini si apriva normalmente nel duodeno (Johnston).

Judd e Mann si levarono contro la teoria di Archibald, prima perchè ritengono la bile normale destituita di notevole influenza sul pancreas, poi perchè la disposizione dei canali di sbocco pancreatici può esser tale che anche uno spasmo dello sfintere di Oddi o la presenza di un piccolo calcolo nella papilla possono chiudere il dotto comune senza chiudere nello stesso tempo quello di Wirsung. E, pertanto, gli stessi autori con Deaver e Sweet (1921) accettano la teoria di Mangeret, secondo la quale la pancreatite è una infezione partita dalla cistifellea e trasmigrata a tappe per via linfatica (linfatici peri-cistici, noduli circondanti il dotto cistico, linfatici del dotto comune, della testa e dei margini del pancreas).

Malgrado Archibald abbia opposto che sia difficile tale meccanismo d'infezione, che avverrebbe a ritroso, contro il senso della corrente linfatica, Graham (1922) ed altri hanno creduto di poter dimostrare che tale meccanismo sia molto possibile.

Ma, in verità, non vi è oggi alcuna prova sperimentale a conforto di quest'ultima ipotesi; i batterî trovati da Graham nel tessuto interstiziale del pancreas in casi di colecistite sperimentale coincidevano con lesioni pancreatiche e non necrotiche.

Cosicchè oggi sembra impossibile potere andare al di là dell'ipotesi che necrosi pancreatica acuta e pancreatite acuta possano essere due malattie con etiologia differente; perchè, mentre l'associazione della pancreatite e dell'infezione biliare può essere dimostrata (casi di pancreatite cronica con calcolosi biliare) con caratteristiche lesioni interstiziali, nella necrosi pancreatica acuta, invece, le lesioni interessano essenzialmente le cellule parenchimali e sono localizzate attorno al dotto pancreatico (Opie).

I fautori dell'ipotesi di Archibald e di quella di Mangeret quindi discutono probabilmente su fatti differenti; è certo però che, mentre con iniezioni di bile o di contenuto duodenale nei dotti pancreatici si può produrre a volontà la necrosi, a favore dell'ipotesi dell'infezione per via linfatica non vi è alcun contributo sperimentale; soltanto Deaver avrebbe trovato la pancreatite associata all'infezione della cistifellea nel 91 % dei casi, mentre nella necrosi tale coincidenza potrebbe verificarsi al più nel 50 %.

D'altro canto, se la necrosi pancreatica è dovuta alla stessa causa della pancreatite con

colecistite, è veramente strana la sua rara frequenza; la pancreatite, infatti, è stata trovata nel 23.8 % su 50 % di casi di colelitiasi, mentre la necrosi è stata constatata rarissimamente. Nella pancreatite di tipo interstiziale la guarigione è la regola, mentre nella necrosi la morte capita almeno nel 70 % dei casi.

Fiske Jones ritiene quindi che la pancreatite, associata ad infezione del tratto biliare, è una flogosi interstiziale, costituitasi attraverso i linfatici del sistema biliare, mentre la necrosi pancreatite acuta è una necrosi delle cellule parenchimali dovuta a riflusso di bile attraverso il dotto di Wirsung e di contenuto duodenale attraverso quello di Santovini.

La pancreatite può essere acuta o cronica, mentre la necrosi è sempre acuta; vi sono però indubbiamente casi di necrosi ricorrente, nei quali solo una piccola area è interessata; si tratta di necrosi asettiche che vengono riassorbite senza lasciare traccia, e che sono state constatate sperimentalmente da Wipple e Goodpasture (1913); su 43 casi di necrosi, 22 capitarono in pazienti senza calcoli biliari, 17 in pazienti che avevano avuto una o più crisi di dolore epigastrico.

Nella sintomatologia non vi è nulla di caratteristico.

Il paziente è côlto improvvisamente da violenta epigastralgia con shoch più o meno grave in rapporto all'estensione della lesione; il polso è frequente (100-160) e piccolo; la temperatura, subnormale nelle prime ore, gradualmente sale a 38°, raramente a più; vi è angoscia, cianosi più o meno accentuata, nausea e vomito persistenti, leucocitosi (sino a 15000).

L'addome contiene del liquido sanguinolento; esso, nei primi giorni, è sempre sensibile in una zona che, iniziandosi dalla regione della cistifellea, si estende sull'epigastrio; tale sensibilità può scomparire dopo la crisi iniziale.

Altro importante segno fisico è talvolta costituito da una sensibilità in corrispondenza dell'angolo costo-vertebrale sinistro, la quale coincide con l'interessamento del corpo del pancreas.

La costipazione è sempre precoce; associata al dolore ed alla nausea può far pensare all'ostruzione intestinale; ammettendo la quale una volta, infatti, è stata praticata la cecostomia e due volte l'ileostomia.

Le varie reazioni, come quella di Cammidge, hanno scarso valore.

Tali fatti clinici coincidono talvolta solo con piccolissime aree di necrosi, che non lasciano poi alcuna traccia (Whipple); in altri casi, in cui fu necessario un intervento chirurgico, frammenti di pancreas dimostrarono solo lesioni istologiche (Nicoll, 1919).

La terapia risente dell'incertezza in cui ci troviamo sulla patogenesi della pancreatite: accettando la teoria di Mangeret, sarebbe indicata la colecistectomia; in conformità alle esperienze di Graham tale operazione sarebbe insufficiente; accettando invece la teoria di Archibald, la colecistotomia e la coledocostomia sarebbero le operazioni razionali. Archibald suggerisce il drenaggio per tre settimane od alcuni mesi, o la sezione dello sfintere di Oddi alla papilla di Vater, che avrebbero l'effetto di ridurre la pressione nei dotti a 60-70 mm. di acqua. Il drenaggio del sistema biliare per tre settimane sembra razionale, ma non si comprende il vantaggio di una maggior durata di esso.

Se si riconosce che l'iperacidità sia la causa dello spasmo dello sfintere di Oddi, la cura razionale consiste nella sezione di esso e nella cura dell'iperacidità.

Tutto ciò vale per i casi di pancreatite acuta; ma per quelli di necrosi emorragica acuta non sono spesso indicati processi operativi prolungati; in alcuni casi è sembrata sufficiente la colecistostomia; Archibald suggerisce il drenaggio della capsula del pancreas o del pancreas medesimo. Delbet crede indicata la sezione del dotto comune e l'imbocco della cistifellea nel tenue; ma questa è operazione che solo in pochissimi casi di necrosi acuta potrebbe essere indicata.

Da una statistica di 56 casi di necrosi pancreatica osservati da Fiske Jones al Massachussetts General Hospital, si rileva che in 6 casi, nei quali venne drenato il sistema biliare, ed in 3, in cui venne drenata anche la capsula adiposa del pacreas, la mortalità fu dell'83 %; in altri 20 casi, in cui il pancreas o la sua capsula adiposa vennero drenati, la mortalità fu del 55 %.

In conclusione: nella pancreatite acuta interstiziale, concomitante con l'infezione del sistema biliare, l'operazione indicata è la colecistomia; nella necrosi pancreatica acuta, dovuta a retroiezione di bile nel dotto di Wirsung od a retroiezione di contenuto duodenale nel dotto di Santovini, la cura consiste essenzialmente nel drenaggio della capsula adiposa o del pancreas stesso; se però le condizioni del paziente lo permettono o lo sfintere di Oddi può esser tagliato, può aggiungersi la coledocostomia o la colecistotomia.

R. CIAURI.

Le cisti e false cisti del pancreas (ad eccezione delle cisti idatidee)

(P. PHILARDEAU. *Gazette des Hôpitaux*, 95e année, n. 20, 11 marzo 1922, pag. 309).

Quantunque l'argomento delle cisti del pancreas sia assai antico (Bîcour, 1836), tuttavia il numero dei casi noti pubblicati è inferiore a 300. Si tratta quindi di un'affezione estremamente rara. Sotto la sua denominazione un tempo si confondevano affezioni differenti, distinte in seguito in cisti idatidee, cisti glandolari e pseudo-cisti. Non si occupa l'A. delle prime.

Storia: Le cisti del pancreas furono principalmente studiate da Anger Le Dentu (1865), Senn (1885), J. Boeckel (1891), Ninnia (1887, 1893), Hantmann (1891), Korte (1898, 1911). L'argomento fu lungamente discusso nel Congresso internazionale di Chirurgia del 1900 (Ceccherelli, Mayo Robson, Boeckel, ecc.).

Nel 1905 Villar ne riferisce 171 casi, ai quali si aggiungevano altri casi riferiti da Garré, Lejargs, Doyen, Morettin. Si aggiunsero nel 1907 e 1909 altre osservazioni di Goebell e Martin. Se ne occupò riguardo al trattamento Hardouin sulla *Revue de Chirurgie* nel 1907. Nel 1908 alla Società di Chirurgia Prequé e Guinard destarono una discussione. Più recentemente nel 1911 Quénu fece una relazione alla Società di Chirurgia e parecchi AA. (Potherat, Routier, Bazy, Michon, Rochard, Schwartz, Ombrédanne) aggiunsero delle osservazioni. Verso quest'epoca interessanti furono il lavoro di S. Hue (1910-11) sulle pseudocisti del pancreas e quello di Desvaux (1911-1912) sulla fistole pancreatiche. Mathieu nel 1912 fece un lavoro completo e preciso sulla quistione.

La Società di Chirurgia ebbe ad occuparsene: nel febbraio 1919 a proposito di un'osservazione di Mercadé e di un rapporto di Lecène; nel novembre 1919 per due osservazioni di Bazy; nel dicembre 1919 per due casi di pseudo-cisti riferiti da Berard; infine Philardeau e Desplas nel dicembre 1921 presentarono un caso tipo di cisti glandolare, con reperto istologico.

Anatomia patologica: L'aspetto macroscopico è variabile. La tasca può non essere omogenea: può trattarsi di pseudocisti consecutiva a trauma o a pancreatite emorragica, con tessuto aderenziale tanto più organizzato e fibroso quanto più è antico. Epliploon, intestino, stomaco, coledoco, grossi vasi possono contribuire a limitare la cavità.

Le false cisti si raccolgono nella retro-cavità degli epiploon, sotto il diaframma o nella regione lombare.

Nella cisti glandolare vi è una vera tasca, con tutte le forme intermedie tra le grandi cisti mono- o pluriloculari e le piccole cisti disseminate, costituenti una vera affezione cistica del pancreas. A volte i grossi vasi sono così addossati alla tasca da rendere difficile l'estirpazione. Il contenuto delle peudo-cisti è sanguinolento, quello delle vere cisti può essere sanguinolento (per emorragie intracistiche), sieroso, più raramente gelatinoso. Si trovano frequentemente nel liquido dell'albumina, delle paraalbumine non precipitabili col calore, ma riconoscibili dal solfato di ammonio, dall'urea, dai cloruri e dai fermenti pancreatici. Il contenuto delle pseudocisti non è attivo nè le fistole postoperatorie digeriscono la parete. In un caso riferito da Bazy il liquido conteneva un fermento proteolitico ad azione in mezzo acido, mentre i fermenti pancreatici hanno la loro azione in mezzo alcalino.

Le cisti del corpo e della testa sono relativamente fisse: avendo un piano resistente indietro si sviluppano in avanti, estrinsecandosi tra bordo inferiore del fegato e stomaco; tra quest'ultimo e il colon trasverso sollevando l'epiploon gastro-colico; al disotto del colon rivestendosi del grande epiploon. In un caso di Ouénu la cisti della testa emergeva a destra della 2ª porzione del duodeno. I rapporti col tessuto pancreatico o sono variabili, ma nella maggior parte dei casi pare che l'estirpazione sia difficile e dannosa. Le cisti della coda sono mobili e possono trovarsi all'ipocondrio sinistro a varia altezza nell'addome.

La sacca, microscopicamente, nelle cisti false ha una parete composta di fibrina e leucociti. Si trovano nel suo interno degli avanzi di canalicoli glandolari. Nelle vere cisti la parete è costituita di una reticella cellulare fibrillare, tappezzata di endotelio che riveste l'interno della cavità. Questo endotelio è composto di cellule piatte, cubiche o cilindriche, qualche volta anche ciliate.

Patogenesi: È molto controversa.

Per le pseudocisti. *a)* Il traumatismo con rottura di vasi e conseguente emorragia; con sezione dei canalicoli glandolari e raccolta di succo pancreatico, il quale contiene dei profermenti poco attivi.

b) La Pancreatite emorragica prodotta da azione anormale del succo pancreatico nell'interno dell'organo. Il succo intraglandolare inattivo diviene attivo per mescolanza di suc-

co pancreatico con bile o con succo duodenale, il quale contiene un fermento di un fermento (enterochinasi). Difficile è il reflusso nel canale di Wirsun del succo intestinale mentre facile al contrario è quello della bile sotto la influenza di uno spasmo dello sfintere d'Oddi o d'un calcolo incuneato nell'ampolla di Water. Brocq et Morel sperimentalmente iniettando la bile nel canale pancreatico d'un cane durante la digestione hanno ottenuto un'antidigestione della glandola con suffusioni ematiche e comparsa di sacche di steatonecrosi. Il liquido che ne risultava si incistava formando una pseudocisti

c) Per la patogenesi della forma glandolare si è invocato l'obliterazione di una branca del canale di Wirsung o di Santorini per concrezione calcolosa (Teoria della ritenzione). Wirchow la chiamava ranula pancreatica. Questa ipotesi è falsa tanto per le ranule sottolinguali che per le cisti del pancreas. Altri AA., riportandosi al concetto della ritenzione, confessano che è necessaria una lesione cronica infiammatoria. Ma nella pancreatite cronica, nella quale son frequenti delle piccole cisti, l'esame istologico mostra che trattasi di neoformazione epiteliale. La teoria neoplastica messa in evidenza da Hartmann al Congresso di Chirurgia del 1891 sostiene che le cisti pancreatiche sarebbero analoghe alle cisti dell'ovaio e vi sarebbero tutte le transizioni tra l'adenoma cistico e i cisto-epiteliomi o cisti vegetanti. Poncet e Dor insistono sulla possibilità di adenoma fetali; Paolo Carnot mette in evidenza che il punto di partenza è dovuto spesso a proliferazione delle cellule canalicolari. Considerando che il pancreas è formato da 3 abbozzi embrionarii, di cui due vengono a formare la glandola definitiva, si può ammettere che avanzi embrionarii possono persistere, dando dei tumori cistici. Ciò venne confermato in un caso recentemente studiato da Letulle. Soltanto da menzionarsi la dilatazione dei vasi linfatici.

Studio clinico. — L'evoluzione clinica delle pseudocisti è ben differente da quella delle cisti glandolari vere:

A) Le pseudocisti del pancreas seguono ad un traumatismo della glandola o a una pancreatite emorragica.

In generale si tratta di un trauma violento che può determinare la perdita della conoscenza. Polso piccolo, rapido; tensione bassa; vomiti prima alimentari, poi biliari frequenti; parete addominale contratta. Palpazione dolorosa al disopra dell'ombelico. L'emorragia consecutiva alla contusione della glandola raramente è tanto abbondante da produrre la morte. Dopo alcune ore di angoscia, i fenomeni locali generali si attutiscono, l'aspetto ritorna normale, ma resta una scialorrea persistente, di origine riflessa analoga al riflesso esofago o gastro-salivare. Il dolore epigastrico è cessato, la ferita sembra guarita e la guarigione apparente può durare giorni o settimane. Successivamente tumefazione comparsa nella regione epigastrica; il punto traumatizzato ricomincia a dolere e si possono presentare dei sintomi di compressione se il tumore è voluminoso: vomito, nevralgie celiache, itterizia, dolore con gli atti respiratori.

Obbiettivamente esaminando la regione lesa si rileva una tumefazione profonda, veramente fluttuante, sita al di sopra dell'ombelico, spesso a sinistra della linea mediana, qualche volta con sviluppo verso la fossa lombare. Segue, se non operato, dimagrimento rapido e considerevole; glicosuria e diarrea le quali rivelano l'insufficienza della secrezione interna ed esterna del pancreas. Contemporaneamete la tumefazione ingrandendosi può rompersi con diffusione sia in peritoneo libero che nel tenue, con morte consecutiva.

Le pseudocisti consecutive a pancreatite emorragica, da quanto abbiamo esposto nella patogenesi, si manifestano con un passato epatico, con delle crisi di coliche di origine litiasica.

La pancreatite emorragica può rivestire parecchie forme: la acutissima (dramma pancreatico di Dieulafoy) è quasi sempre mortale se non si interviene precocemente chirurgicamente. Può finire col formarsi di una pseudocisti, che è più frequente nelle forme subacute. Dolore improvviso, violento alla regione epigastrica, fenomeno dominante per parecchi giorni, che impedisce all'ammalato ogni movimento, che disturba la sua respirazione, dandogli uno stato angoscioso generale. Meteorismo addominale, arresto delle feci e del gas; assenza di contrazione come nella peritonite da perforazione e di retrazione di anse come nell'occlusione. Non vi è elevazione termica.

Dopo parecchie ore e qualche volta dopo parecchi giorni il dolore si calma, il ventre è meno meteorico, lo stato generale migliore; alcune volte vi sono ricadute successive. Ben presto compare un nuovo fenomeno: tumefazione nella regione epigastrica o lombo-iliaca o sotto la cupola diaframmatica. Questa tumefazione, dai contorni imprecisabili, può evolvere con riacutizzazioni successive: la pseudocisti è costituita. Se non si interviene l'amma-

lato muore come nella pseudocisti traumatica per cachessia o per rottura della sacca cistica.

B) La vera *cisti glandolare* esordisce insidiosamente e l'attenzione dell'ammalato è richiamata sia dalla comparsa di una tumefazione addominale profonda, qualche volta fluttuante, sia per il dolore. Questo è variabilissimo secondo che la cisti comprime un organo o un altro: violentissimo se comprime il plesso celiaco. Si ha stenosi pilorica se comprime il piloro; si hanno nevralgie lombo-iliache se evolve verso la regione lombare.

Mobilità varia secondo il punto di impianto. Nella cisti della testa la tumefazione è paraombelicale, sollevata dalle pulsazioni aortiche, poco mobile con gli atti respiratorii. Evolvendosi indietro può dare i fenomeni di ballottamento. La cisti della coda, più o meno peduncolata, può piazzarsi in qualunque parte dell'addome.

Questi tumori evolvono producendo delle emorragie intracistiche, determinano dei disturbi gravi, dei fatti dipendenti da insufficienza valvolare e dal loro volume; dimagrimento, diarrea, stearrea, glicosuria, colorazione bronzina. La morte segue per cachessia come pel cancro del páncreas, nel coledoco con le complicazioni gravi consecutive.

Diagnosi. — La diagnosi di pseudocisti del pancreas è basata sulla storia caratteristica dell'affezione. Nella forma traumatica vi è lo shoc iniziale, un intervallo libero e successiva scomparsa di tumefazione epigastrica. Difficile però a precisarsi l'organo leso.

Nella pancreatite emorragica subacuta vi è dolore iniziale, sintomi di pseudo peritonite e pseudoocclusione cui seguono sviluppo di tumore epigastrico. Difficile è stabilire la diagnosi di raccolta ematica o purulenta consecutiva a pancreatite suppurata per l'analogia del decorso delle due affezioni. Nella forma suppurata vi è la febbre che manca nella forma emorragica. Se nelle pseudocisti pancreatiche ad estrinsecazione epigastrica molto giova alla diagnosi la storia, difficile riesce riconoscere la forma lombare o subfrenica senza l'intervento operatorio.

Maggiori difficoltà presenta la diagnosi di *vera cisti glandolare.* Ve ne sono delle enormi che simulano un ascite (Philipps) e delle piccole che sono inavvertite. In generale è sopraombelicale, poco a sinistra della linea mediana, profonda, raramente fluttuante, spesso dolorosa. La diagnosi, difficilissima, si può fare per eliminazione. Agevole la diagnosi dai tumori della parete e dai tumori ovarici, vi saranno dei sintomi paradossali per distinguerla dai tumori del piloro, della milza, del rene; ad esempio uno pseudoneoplasma del piloro ad evoluzione di parecchi anni si accompagnerà malgrado la grande apparenza del tumore ad uno stato generale ben conservato. Quando il tumore è anteriore una percussione leggerissima la metterà in evidenza tra due zone di suono differenti: lo stomaco ed il colon. Tale disposizione può essere messa in evidenza con insufflazione di aria nello stomaco e nel colon (Mintrowski).

Utile può riuscire il pneumo-peritoneo. Con tutti questi mezzi eliminata la diagnosi di tumore del fegato, della cistifellea, del piloro, del colon, della milza e di lesioni renali, si potrà giungere a quella di cisti vera pancreatica. Ben più difficile è la diagnosi di cisti parapancreatica (da germi aberranti embrionarii). Nella fase cachettica si eviterà di confondere un cancro della testa del pancreas con una cisti comprimente il coledoco. Infine sistematicamente, ricercandosi l'eosinofilia ematica e la reazione di Weinberg si cercherà di eliminare la diagnosi di cisti idatidea.

Prognosi. — Le cisti e pseudocisti del pancreas guariscono tanto meglio quanto più presto sono diagnosticate ed operate.

Quando sopraggiungono dei sintomi di insufficienza pancreatica (dimagrimento rapido, diarrea, stearrea) l'intervento chirurgico diventa più grave. Allorquando si opera in buone condizioni al contrario noi vediamo che il 90-97 % degli ammalati guariscono.

Trattamento. — Ha subito le vicende di evoluzione della chirurgia addominale. Dall'astensione assoluta (Le Dentu, 1862) soltanto nel 1880-87 si incomincia a pensare alla possibilità di un intervento chirurgico (Pean, Nimier) consigliato successivamente da Tillaux soltanto nei casi gravi. La puntura fu la prima ad essere adoperata.

Dopo la prima laparotomia seguita da marsupializzazione della cisti (in 2 tempi) praticata nel 1879 (Thiersch) Botritanski nel 1881 e Boeckel nel 1891 praticarono laparotomia con marsupializzazione in un tempo. Quest'ultimo riferiva 14 guarigioni su 15 interventi. Però nel 1881 Bozeman eseguì la prima estirpazione con successo.

Ancor oggi le opinioni le più opposte sono state sollevate sull'intervento chirurgico. Degni di considerazione sono: 1) Via di accesso; 2) Exeresi o marsupializzazione.

Bazy crede che la via più frequentemente utilizzabile è l'anteriore. Delbet preconizza la

via lombare, la quale importa uno scollamento dei colon e il passaggio tra il rene e il grosso intestino e dà maggiore sicurezza per le lesioni infette.

La laparotomia sarà mediana, paramediana o trasversale secondo la sede del tumore: se risiede sotto il fegato bisognerà attraversare il piccolo epiploon; se apparisce tra stomaco e colon bisogna attraversare l'epiploon gastro-colico; se situato sotto il colon trasverso occorre rialzare il suo meso. In tutti i casi bisogna attraversare il peritoneo posteriore disteso sulla cisti. Allora occorre giudicare sull'estirpabilità o meno. Provare l'estirpazione di una pseudocisti sarebbe incorrere in un disastro; bisogna evitare di marsupializzare dopo un tentativo infruttuoso di estirpazione. Se si propende per la marsupializzazione il tumore sarà in generale inciso prima di essere fissato alla parete.

Per Villar l'estirpazione dà una mortalità del 5 % e la marsupializzazione del 7 %, però Mathieu fa rilevare che Villar comprende nella sua statistica della marsupializzazione delle estirpazioni incomplete. Goobell invece dà per l'estirpazione totale il 10 %, per l'estirpazione parziale il 55 % e per la marsupializzazione il 3 %. Si può da ciò dedurre che l'operazione più benigna è la marsupializzazione, la più logica l'estirpazione completa, la più pericolosa l'estirpazione incompleta.

Dopo l'exeresi occorre il drenaggio, perchè, restando scoperti dei canalicoli pancreatici, si deve evacuare il loro stillicidio. La fistola poi si chiude spontaneamente.

Allorquando la cisti è alta si può essere portati alla via transpleurale. Se la fistola persiste si dissecca ed asporta il tragitto fistoloso, badando che se è scoperto all'origine del tragitto fistoloso un canale pancreatico importante lo si lega, se no la fistola si riproduce fatalmente.

JURA.

CHIRURGIA.

Le ustioni e loro trattamento.

(KOTZAREFF. *Rev. de Chir.*, 1922, n. 1).

Circa la patogenesi delle ustioni, tre teorie principali si contendono il campo: quella dell'alterazione sanguigna, quella dello choc nervoso, e quella dell'intossicazione.

Or l'A. volendo indagare sul valore di queste teorie e sulla possibile cura degli ustionati, esegue 14 serie di esperienze, producendo ustioni con alcool, etere, xilolo, ferro rovente, acqua bollente e non usando anestesia quando si doveva investigare sullo choc nervoso.

Nella I serie determina ustione degli arti posteriori senza applicazione di laccio alla radice.

L'animale, previa ipertermia e polipnea, dopo 15 m' cade in ipotermia, ipoestesia e choc che lo conduce a morte dopo circa 6 h.

Secondo l'A. quest'esperienza dimostra che nelle dette condizioni sperimentali l'animale muore in poco tempo per mancanza di difesa contro una sostanza tossica assorbita dal focolaio d'ustione.

Nella II serie ustiona gli arti posteriori con laccio alla radice.

L'animale, con lieve ritardo della suddetta sindrome muore più tardivamente, cioè 14-10 ore dopo.

In questo caso la morte avverrebbe più tardivamente per ostacolato assorbimento di sostanze tossiche prodotto dal laccio, il quale lascia libera solamente la via ossea.

Nella III serie ustiona le zampe posteriori, previa anestesia circolare alla radice, con novocaina al ½ %. L'animale muore rapidamente in 6 h. come nella serie I. Quindi l'anestesia regionale non impedisce la morte.

Nella IV serie ustiona le zampe posteriori previa sezione dei nervi alla radice.

L'animale muore rapidamente dopo 10 h. come nella serie I e III.

Quindi la soppressione nervosa non impedisce la morte per ustione.

Nella V serie ustiona le zampe posteriori previa allacciatura dei vasi alla radice.

L'animale muore con ritardo dopo 24 h. come nella serie II. Perciò l'allacciatura ostacola l'assorbimento di sostanze tossiche.

Nella VI serie ustiona gli arti posteriori e li amputa 15 m. dopo quando comincia lo choc.

L'animale risente un precario beneficio; ma muore 48 h. dopo l'ustione.

Onde nei 15 m. si è avuto assorbimento d'una dose di sostanza tossica capace di determinare la morte.

Nella VII serie ustiona gli arti posteriori previo laccio alla radice, quindi amputa 50 m. dopo quando comincia lo choc.

L'animale migliora subito e sopravvive.

Quindi l'amputazione ha eliminato la sorgente d'intossicazione quando la dose tossica assorbita non era ancora letale.

Nella VIII serie ustiona le zampe posteriori senza laccio alla radice.

Quindi immediatamente dopo preleva 4 cm^3 di sangue in citrato di sodio al 2 % e altro sangue preleva 15 m. dopo, quando l'animale è già in choc.

Questo sangue gli serve per le esperienze d'immunizzazione successive.

Nella IX serie ustiona le zampe posteriori, previo laccio alla radice, 24 h. dopo un'iniezione endovenosa di 1,5 cm³ e una entoperitoneale di 3 cm³ di sangue prelevato alle cavie della serie VIII.

Toglie i lacci 15-20 m' dopo e l'animale sopravvive; sicchè ha ottenuto immunizzazione per vaccinazione preventiva.

Nella X serie ustiona le zampe posteriori e inietta subito localmente circolarmente il sangue di cavia ustionata.

L'animale sopravvive.

Secondo l'A. questa esperienza dimostra una neutralizzazione locale (?) della tossina che può fare risparmiare l'amputazione.

Nella XI serie ustiona le zampe posteriori, previo laccio alla base, 25 h. dopo un'iniezione di cm³ 0,20 di siero di cavia ustionata e 14 h. dopo di una seconda di cmc. 0.50. Toglie i lacci 15 m' dopo e l'animale sopravvive.

Per cui si desume che immunizzazione preventiva per vaccinazione si ottiene anche col siero sanguigno di cavia ustionata.

Nella XII serie ustiona le zampe posteriori previo laccio alla radice e quando comincia lo choc leva i lacci e inietta localmente cm³ 0.50 di siero di cavia ustionata.

L'indomani ne inietta altri cmc. 0.10; dopo 2 giorni altri cmc. 0.20; dopo 3 giorni altri cmc. 0.30.

L'animale sopravvive.

Quest'esperienza dimostra che la siero terapia è efficace anche quando è cominciato lo choc tossico.

Nella serie XIII ustiona gradualmente con ferro rovente e acqua bollente più della metà della superficie del corpo (orecchie, zampe posteriori, zampe anteriori, dorso). E l'animale sopravvive. All'esame del sangue si osserva in primo tempo eosinofilia che poi va a scomparire — e si osserva altresì rapida guarigione delle parti ustionate con rigenerazione di tessuti e senza grandi retrazioni cicatriziali.

Nella serie XIV, a titolo di controllo, esegue l'ustione precedente in un unico tempo e l'animale muore rapidamente in 6 h.

Sicchè l'ustione graduale produce immunizzazione.

L'A. ha ancora osservato che ad una cavia, iniettando 5 cmc. di siero di cavia ustionata, si determina la morte in circa 12 h. con il quadro dell'intossicazione da ustione.

All'autopsia con esame macro- e microscopico osservano nelle cavie morte per ustione congestioni, ecchimosi ed emorragie puntiformi nei polmoni, nel fegato, nelle capsule surrenali, sulla mucosa digestiva. Rigonfiamento torbido e emorragie puntiformi nei reni. Eosinofilia prevalentemente polmonare.

In base a queste esperienze circa la patogenesi dell'ustione, l'autore crede che sia da rigettarsi la teoria sanguigna, in quanto non ha riscontrato speciali alterazioni morfologiche del sangue; così ancora quella nervosa, in quanto la soppressione nervosa per anestesia generale o locale o per sezione di nervi non evita la morte, e viceversa sia da mettersi in gran valore la teoria tossica.

Relativamente a questa si può pensare che le sostanze tossiche non provengano dal focolaio d'ustione, ma da un accumulo di quelle endogene normali, cagionato da un difetto di eliminazione per riduzione della superficie cutanea.

Però la sopravvivenza degli animali in seguito all'asportazione della parte ustionata dimostra che le sostanze tossiche vengono da questa.

Circa il meccanismo fisico-chimico d'azione di quelle sostanze tossiche l'A. pensa che esista una diversa pressione osmotica fra esse e sangue, la quale non è nociva per il sangue stesso bensì per i tessuti, dove determina iperemia ed ecchimosi macro- e microscopiche.

Tanto vero che l'iniezione di sangue o di siero di cavia bruciata, non produce simili lesioni anatomiche a carico dei tessuti, per cui sembra che la mescolanza di tossine più siero resti neutra rispetto ad essi.

Analogamente infine, che nelle infezioni e nelle intossicazioni comuni, anche nelle ustioni si ha genesi di antitossine, che quando sono in sufficiente quantità immunizzano l'animale contro l'ustione (ustione graduale). Come d'altronde è possibile l'immunizzazione dell'animale contro ustione mediante iniezione di sangue o di siero di animale ustionato, 24 h prima o poco dopo l'ustionato.

E tutto ciò depone per la causa tossica nella morte per ustione.

Trattamento.

Le soprastanti esperienze dimostrano gli indiscutibili vantaggi della sieroterapia nelle ustioni iniettando 24 h. prima l'ustione o poco dopo, del siero o del sangue di animale ustionato.

In base a queste esperienze si è autorizzati a portare la stessa terapia nel campo umano.

Da questo punto di vista l'A. suggerisce, di prelevare ad un ustionato 20-30 cm³ di sangue — separare al siero per centrifugazione o coa-

gulazione dentro 2 ore — iniettarne subito sottocute 5-10 cm^3 ad un'altro ustionato — ripetere la stessa iniezione dopo 24 h. (tempo in cui il siero è ancora efficace).

Se l'infermo non migliora, insistere con lo stesso metodo.

Questo metodo ha l'inconveniente di poter trasmettere malattie infettive da individuo ad individuo e perciò è desiderabile che un qualche istituto produca un siero animale del genere come esistono per altre malattie.

D'altronde invece di siero umano si può usare siero di conigli ustionati come le cavie.

L'A. crede che questa sieroterapia è vantaggiosa non solo negli ustionati gravi per evitare lo choc, ma ancora nei lievi per accelerare la guarigione e impedire la formazione di cicatrici fortemente retraenti.

Questa terapia è già stata usata nell'Ospedale di Aarau in 2 casi.

1°. — In un bambino con ustione di tutta la parte posteriore del tronco dalla nuca alle natiche, del fianco e del braccio sinistro, in stato di prostrazione grave.

Fu fatta una prima iniezione intramuscolare di 5 cmc. di siero di sangue di un ustionato al braccio da 3 settimane.

Si ebbe rapido miglioramento.

Dopo 7 giorni fu praticata una simile iniezione con siero di sangue di ustionato da 6 settimane.

L'infermo guarì rapidamente.

2°. — Nel secondo caso si trattava d'un bambino ustionato alla nuca, al dorso, agli arti superiori e alla gamba destra, ancora non molto grave ma molto agitato con notevole elevazione termica.

Fu iniettato cm^3 8,3 di siero d'un ustionato alla faccia da 3 settimane.

L'individuo migliorò rapidamente e guarì avendo un ritorno di lieve agitazione perchè non fu fatta la seconda iniezione.

L'A. ha infine avuto occasione di fare delle sezioni di morti per ustione ed ha trovato le stesse alterazioni anatomo patalogiche che negli animali.

L'A. infine conclude che i risultati sperimentali, gli esami istologici e gli esami del sangue, circa la patogenesi dell'ustione, fanno escludere la teoria sanguigna e la teoria ematica e fanno ammettere invece la teoria tossica esclusiva.

Per questa causa, oltre agli esami anatomo istologici, parla ancora l'alterazione linfoemotopoietica consistente in eosinofilia, la quale si ha qui come in qualunque altra intossicazione zoogena.

A proposito dell'eosinofilia nota che essa cresce fino a 12 ore dopo l'ustione e decresce dopo le 24 h. per cedere il posto alla linfocitosi.

Depone per la teoria tossica ancora la possibilità di imunizzazione dei viventi contro l'ustione.

Dal punto di vista di detta immunizzazione l'A. conclude:

Che nei viventi può ottenersi immunità *passiva* (?) per vaccinazione mediante iniezioni preventive di siero o sangue di animale ustionato o per auto immunizzazione mediante ustione graduale.

Che fino allo choc tossiemico il vivente può essere salvato mediante iniezione di siero *antitossico* (?) aggiungendo le solite cure per sostenere lo stato generale e per difendere la parte dalle infezioni. Sicchè s'impone la cura sieroterapica nelle ustioni.

N. B. L'A nell'interpretazione dei diversi risultati fa una notevole confusione sui varii tipi di immunità.

Tuttavia sembra, che nel campo sperimentale dove ha adoperato sangue o siero prelevato agli animali poco dopo l'ustione e perfino nello stato di choc, si tratti di immunità attiva per vaccinazione; nel campo clinico invece dove il siero proviene da individui ustionati almeno da 3 settimane e in via di guarigione può trattarsi di vera immunità passiva ottenuta cioè con sieri contenenti anticorpi.

GUSSIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

RICHET CHARLES. *Traité de métapsychique.* — Un vol. in 8° di 865 pag. con fig. F. Alcan ed. Parigi 1922. — Prezzo frs 40.

Non v'è forse argomento in cui le opinioni siano tanto recisamente contrarie, come quello delle scienze occulte; da un lato i fanatici che affermano con convinzione, dall'altro gli scettici che accolgono ogni cosa con un sorriso di incredulità. L'A. ha tentato di scrivere un libro di scienza, senza perdersi nel ginepraio delle teorie vaghe; non è il primo, del resto e noi ricordiamo fra l'altro il magistrale lavoro del nostro Morselli sulla Psicologia dello spiritismo.

La scienza però, nel grosso libro del Richet si limita alla raccolta di documenti, di fatti, che l'A. dichiara autentici, maravigliosi (*éclatants*), ed al loro raggruppamento. Si considera quindi una metapsichica subbiettiva (*criptestesia*, cioè facoltà di conoscenza, che differisce dalle facoltà sensoriali, normali) ed

obbiettiva, che comprende la *telecinesi* (azione meccanica a distanza) e l'*ectoplasmia*, che corrisponde alla materializzazione dei vecchi autori. « La scienza » dice il Richet, « la severa ed inesorabile scienza deve ammettere questi tre strani fenomeni, che finora si è rifiutata di riconoscere ».

Quando si considerino le cose con questo ordine di idee, ci troviamo imbarazzati anche davanti alle superstizioni più ridicole e si può aderire all'opinione dell'A. circa gli amuleti, i corni di corallo e simili, che agiscono per suggestione; ma del resto chi sa? dobbiamo essere riservati nelle nostre negazioni, quanto nelle affermazioni. *fil.*

J. RYLAND WITAKER. *Anatomy of the brain and spinal cord.* — V edizione. Un vol. in-16 di 244 pag. con 36 tavole colorate, rilegato. E. e S. Livingstone ed. Edinburgh, 1901. Prezzo scellini 12/6.

La piccola mole del libro può far ritenere che la trattazione dell'argomento possa essere incompleta, ciò che non è; l'A. ha resistito alla tentazione di abbondare nelle parole e di sconfinare dall'argomento, e la materia intricata è presentata al lettore con una chiarezza quasi schematica. Numerose le tabelle di ricapitolazione, che agevolano il lavoro dello studioso, belle e ben riuscite anche dal lato tipografico le tavole colorate.

Il rapido succedersi delle edizioni dimostra il giusto favore con cui è stato accolto questo libro, utile guida per lo studente e per il medico nello studio dell'anatomia del sistema nevorso centrale. *r. s.*

GEORGES GUILLAIN. *Études Neurologiques.* (Masson et C., éditeurs, 1922).

È un volume di 470 pagine, con 18 figure e quattro tavole fuori testo, scritto con la consueta chiarezza francese, e con intendimenti essenzialmente pratici.

L'Autore ha svolto i più svariati argomenti della patologia dell'encefalo, dei nervi cranici e rachidici, e delle meningi, guidato sempre dal medesimo concetto, cioè, che *la patologia del nevrasse deve essere approfondita con tutti i metodi della biologia generale.* Egli dimostra che per giungere alla diagnosi non sempre bastano le conoscenze anatomiche e fisiologiche: molte volte, a complemento della indagine clinica, occorre anche il sussidio dei metodi batteriologici, fisici e chimici.

Dati nuovi di semeiologia e nosografia arricchiscono e rendono quanto mai interessante questo volume destinato ad ottenere indubbiamente un buon successo. FUMAROLA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 28 aprile 1922.

Presidente: Prof. OLIVA.

Sulla coagulazione del fibrinogeno.

CHIÒ. — Il fibrinogeno puro, come il plasma salato e diluito, coagula perfettamente in presenza di saponi di calcio ottenuti in stato di forte dispersione.

Formazione di precipitati specifici nei sieri in rapporto alla tensione dell'anidride carbonica.

CHIÒ. — Il plasma salato e diluito di cavallo trattato con malleina non dà precipitati specifici in presenza di malleina se è sottoposto a tensione fisiologica di anidride carbonica, analogamente a quanto fu dall'O. osservato sull'inibizione dell'emolisi per opera di sieri emolitici sottoposti a tensione fisiologica di anidride carbonica.

Sui rapporti delle ghiandole emolinfatiche colla milza.

GAMNA. — Qualche A. (Weigert, Eppinger) ha descritto le alterazioni delle ghiandole emolinfatiche in seguito a splenectomia per anemia perniciosa progressiva. L'O. in un caso di anemia perniciosa progressiva ha osservato dei focolai mieloidi nelle ghiandole emolinfatiche analoghi a quelli che si osservano nella milza.

In un caso di splenomegalia avente per base una iperplasia della polpa e una sclerosi granulomatosa, senza abnorme eritrolisi, l'O. ha esaminato alcuni emolinfi rimasti aderenti al peduncolo della milza durante la splenectomia. Essendo poi la paziente venuta a morte due mesi dopo per malattia intercorrente ha esaminato altri emolinfi. Questi erano molto ingrossati e si differenziavano dai primi per la grande eritrofagocitosi, e per la presenza nei seni e nei cordoni di una grande quantità di pigmento che dava le reazioni della lipofuxina e in parte anche del ferro. L'O. crede che queste alterazioni degli emolinfi siano da mettersi in rapporto con la funzione da essi assunta della milza e quindi dalle sue ricerche deriverebbe una prova della identità funzionale fra milza ed emolinfi. Questa identità spiegherebbe come ha messo in rilievo il Ceconi le guarigioni incomplete o anche mancate del tutto di ittero emolitico in seguito a splenectomia. P. SISTO.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il naso rosso.

Si osserva (E. Saalfeld *Med. Klin.* n. 26, 1922) un arrossamento transitorio del naso in individui nervosi e in quelli che abbiano ingerito determinate sostanze (cibi con molte droghe, caffè o thè forte, alcoolici) o che passino rapidamente da un ambiente freddo a uno riscaldato. Se i detti fattori dannosi si ripetono molto spesso, l'arrossamento diviene permanente, per paralisi e dilatazione vasale. In uno stadio più avanzato, l'arrossamento diventa più intenso e sul naso si formano dei nodi.

In rari casi l'affezione progredisce ancora. così da determinare dei tumori grandi, lobati (rhinophyma). L'affezione può venire determinata anche da tutte quelle malattie che provocano una stasi nei vasi del naso (rinite atrofizzante, infiammazione dei seni accessori, ecc.) e talvolta si accompagna alle pustole di acne. La cura è anzitutto etiologica, deve cercare di eliminare i fattori dannosi nominati. Come cura interna combattere la stitichezza; si può tentare anche la somministrazione del lievito di birra. Nel climaterio sono utili i preparati ovarici. Cure locali: espressione delle acne, distruzione micro-caustica dei vasi maggiori ectasici oppure scarificazioni superficiali se l'arrossamento è diffuso (incisioni parallele longitudinali e trasversali che le incrociano); emostasi con la compressione.

Si spalma sul naso, la sera un unguento (ittiolo 5-10 gr. acqua distillata e glicerina à.à. 5 gr. alcool fino a 50 gr.) o se la pelle è sensibile una pasta di ittiolo (ittiolo 5-10 gr., pasta di zinco finc a 50 gr.). In alcuni casi è utile un unguento col 5% di soprarenina (1: 1000). Nei casi gravi si deve applicare una pasta desquamante di naftolo o di resorcina per 3-4 giorni di seguito, senza lavare; si sospende quando incomincia la desquamazione, ungendo con acqua ossigenata 5 gr., lanolina 20 gr. fino a che la desquamazione si è completata. Noduli accentuati possono venire causticati e trattati con pasta di Zeissl (kal. carbon. 1 gr. Lact. sulfuz., alcool, glicerina à.à. q. b. per 15 gr.). Nei casi pronunciati di rhinophyma è necessaria la decorticazione.

POLLITZER.

La claudicazione intermittente.

Zisman ne ha fatto recentemente l'oggetto di una tesi, su cui viene riferito in *L'évolution médico-chirurgicale* dell'ottobre 1921. Si tratta di una forma abbastanza rara, che colpisce l'uomo sui 40-60 anni. Il quadro clinico è tipico: in riposo nessun disturbo: dopo un certo tempo di cammino, compaiono dolori, crampi, impotenza e rigidità che obbligano l'ammalato a fermarsi. La sindrome è bene individualizzata dal punto di vista patogenico e clinico: è la risultante dell'ischemia consecutiva all'obliterazione parziale dell'arteria principale dell'arto: obliterazione provocata da ateroma od arterite a cui si aggiunge lo spasmo arterioso nel momento dell'accesso. Il riposo basta a far sparire i sintomi, che ricompaiono poi col cammino.

Mediante l'oscillometro, si nota la scomparsa od una grande diminuzione delle pulsazioni in corrispondenza di un segmento arterioso. I disturbi vaso-motori, che si hanno in conseguenza di movimenti provocati o del cammino, consistono in una prima fase di pallore eccessivo, che si ha nel momento in cui si producono i dolori, ed in una fase di iperemia, quando l'arto viene messo in riposo.

L'evoluzione naturale tende verso l'obliterazione arteriosa totale, cioè verso una necrobiosi più o meno limitata, ciò che distingue queste forme della claudicazione intermittente di Dejérine, che evolve verso la paraplegia spastica. Però con un adatto trattamento e con un'igiene rigorosa si può sperare in una stabilizzazione delle lesioni ed anche in una certa regressione dei sintomi.

fil.

Criteri diagnostici ed indicazioni operative dei tumori della ghiandola carotidea

I tumori della ghiandola carotica, individualizzati quale entità morbosa ed illustrati per la prima volta nel 1891 dal Marchamp e dal Paltauf, interessano il clinico oltre che per la loro rarità, per le difficoltà della loro esatta individualizzazione.

F. FEDELI (*La Liguria medica*, n. 7, 1922), ha potuto studiarne un caso operato dal prof. Tusini, e ne rende nota la storia clinica.

Trattavasi di un uomo di 37 anni, il quale da due anni aveva notato, nella metà destra del collo, l'insorgenza di una tumefazione del volume di una nocciuola, che era andata lentamente accrescendosi, raggiungendo il volume di una arancia. La carotide comune sembrava

continuarsi, nel tumore che era sollevato da pulsazioni non espansive. La superficie era irregolare, la consistenza duro-elastica, mobile in senso orizzontale e non in verticale, parzialmente riducibile, sporgente in faringe. All'atto operatorio si trovò che il tumore, capsulato, era situato nella biforcazione della carotide comune, ed era intimamente aderente alla carotide interna; l'ipoglosso aderiva in alto alla capsula. Operazione ed esito felice, talchè il malato venne dimesso guarito dopo 12 giorni. Secondo l'A. dall'osservazione istologica del tumore asportato, si deve essere portati ad affermare che i tumori della ghiandola carotica, sono, in genere, fin dall'inizio essenzialmente dei tumori misti, nei quali cioè sia l'elemento specifico della ghiandola, sia l'elemento vascolare, prendono parte alla proliferazione blastomatosa. L'etiologia di questi tumori è oscura come quella di tutte le altre formazioni neoplastiche; si può solo dire che l'affezione è più frequente nel sesso femminile.

Generalmente unilaterali, si sviluppano tanto al lato destro come al sinistro del collo; con maggior frequenza si osservano fra i 20 e i 50 anni. L'inizio dell'affezione è subdolo, e di essa si accorgono i p. solo quando il volume raggiunto è notevole e quando si hanno disturbi meccanici da compressione o dolori spesso a tipo nevralgico. Sono tumori a decorso lento, con superficie in genere liscia, di consistenza elastica, talora molle. Sono situati all'altezza della biforcazione della carotide, a livello cioè, del margine superiore della cartilagine tiroide. La parte maggiore del tumore può essere situata dietro i vasi, ed il tumore può assumere allora la forma di una bisaccia. Nello sviluppo il tumore coinvolge i vasi, generalmente la carotide interna, ma può anche inglobare tutti e tre i vasi. La constatazione che la carotide primitiva si continua nel tumore farà subito pensare alla possibilità di un neoplasma della carotica; caratteristico è perciò la scarsa mobilità di questi tumori; essi sono mobili in senso orizzontale e fissi nel senso verticale. Quasi sempre presentano una pulsazione trasmessa, mai espansiva; possono far ascoltare un rumore soffiante, far palpare un fremito; vi può essere paralisi della corda vocale corrispondente.

La diagnosi differenziale va fatta con i fibromi, con i lipomi, con le cisti branchiali, carcinomi bronchiogeni, strumi di tiroidi aberranti, aneurismi, linfosarcomi, sarcomi delle ghiandole del collo.

La cura non può essere che chirurgica.

MONTELEONE.

Gli accidenti sierici e la loro cura.

Col nome di accidenti sierici si sono designati quei fenomeni morbosi consecutivi ad una iniezione di siero antitossico, e di cui la causa deve ricercarsi nel siero stesso.

Héricourt e Richet furono i primi a segnalarli nel 1891: d'allora sorsero numerosi gli autori a precisarne l'entità; Pirquet e Schick diedero ad essi il nome di «malattia da siero». Essi possono sopravvenire sia in seguito ad iniezioni intravenose che intramuscolari che intrarachidee (Lesné. *Journal de med. de Paris*, 1922, pag. 310).

Fra i sieri, il siero antidifterico ed antimeningococcico, si accompagnano il più spesso ad accidenti. Anzitutto, dunque non si tratta di una questione di antitossine, ma di eteroalbumine. La variabilità della frequenza dipende da diversi fattori: l'albumina estranea iniettata può essere più o meno tossica: il siero di alcuni cavalli è più tossico di quello di altri. Sembra che il siero riscaldato sia meno tossico di quello addizionato con acido fenico; sembra inoltre che i sieri recenti siano più tossici dei sieri antichi.

Ha inoltre influenza l'età: infatti gli accidenti sono più frequenti negli adulti che nei bambini. Predispongono deficienze viscerali più o meno varie, modificazioni organiche di origine infettiva o diatesica (t. b. c., asma, epatici, renali). Per la via di introduzione sono più tossici i sieri iniettati nel rachide, nelle vene. Le forti dosi non danno luogo ad accidenti maggiori delle piccole.

La sintomatologia varia alquanto secondo la via di introduzione, o secondo che si tratti di una prima introduzione, o di una reiniezione.

Accidenti legati ad un prima iniezione: l'incubazione è in generale assai lunga, in media da 8 a 10 giorni; gli accidenti precoci sono eccezionali, e, generalmente, benigni. L'inizio è segnato da una brusca ascensione termica; dopo qualche ora si hanno: gli esantemi, i segni generali, le adeniti, i dolori. La febbre è variabile, tanto per l'intensità che per la durata che può raggiungere i 15 giorni.

Degli accidenti cutanei il più frequente è l'orticaria talora minima, talora diffusa. Più raramente si ha un eritema morbilliforme o scarlattiniforme o purpurico, localizzati o diffusi. L'adenopatia, modica, frequente, dolorosa, interessa per lo più il gruppo di gangli vicino al punto dell'iniezione. Fenomeni dolorosi si hanno a carico dei muscoli, delle articolazioni piccole e grandi.

Altri fenomeni che si possono osservare sono edemi transitori alle palpebre, ai piedi, alle mani, senza albuminuria. Spesso ipotensione arteriosa con depressione, lipotimie, stria bianca surrenale (insufficienza surrenale acuta). Accidenti dovuti ad una seconda iniezione.

È indispensabile un intervallo tra la prima e la seconda iniezione, di 14-20 giorni, affinchè il soggetto si sensibilizzi e dia luogo agli accidenti speciali della seconda iniezione che sono specialmente degli accidenti anafilattici; posono però tali accidenti osservarsi uno ed anche dieci anni dopo la prima iniezione (reazione immediata) talora dal quinto al settimo giorno (reazione accelerata).

Accidenti locali: sono del tutto simili al fenomeno di Arthus; precocemente si sviluppa nel luogo stesso dell'iniezione, una grossa placca rossa, infiltrata, pseudo flemmonosa. Talora questa placca è estesa, va incontro alla necrosi con fenomeni generali e la morte.

Accidenti generali: si ha in generale un quadro simile a quello prodotto con la prima iniezione, oltre, talora, a fenomeni generali gravi (tachicardia, oppressione, lipotimia, sincopi, vomiti). In generale i fenomeni più gravi si hanno con le iniezioni endovenose e rachidee.

Per la prognosi occorre ricordare che gli accidenti generali gravi si hanno quasi sempre dopo le seconde iniezioni.

Si è parlato, dal punto di vista clinico, di forme artralgiche, di forme pseudotetaniche, di forme pseudomeningitiche, ecc.

Per la patogenesi si è invocata la comparsa nel sangue di precipitine con consecutiva formazione di precipitati fioccosi, da altri si è cercata la spiegazione nello *choc* colloido-classico; secondo altri la causa degli accidenti serici tardivi risiede nell'intossicazione diretta od indiretta per parte dei colloidi organici più o meno disintegrati.

L'anafilassi è stata infine invocata per spiegare gli accidenti consecutivi ad una seconda iniezione. Secondo l'A. bisogna tener conto anche dell'insufficienza epatica.

Cura profilattica: l'A. dice di non aver avuto alcun risultato dai comuni agenti consigliati: etere, iposolfito di soda, carbonato di soda, urotropina, adrenalina, estratti pancreatici, epatici, tiroidei, cloruro di calcio, alcalini, peptoni. Il miglior processo per prevenire gli accidenti serici, è quello di Besredka (antianafilassi), ossia far precedere l'iniezione di una o più dosi minime.

Come cura negli accidenti lievi si darà cloruro di calcio; nelle forme gravi: olio canforato, adrenalina. MONTELEONE.

Sul potere battericida del siero antidifterico.

G. Herb (*Med. Record*, 18 marzo 1922) nega che il siero antidifterico agisca neutralizzando direttamente la tossina, fondandosi, tra l'altro, sulla morte di cavalli iperimmunizzati, per l'iniezione di una scarsa dose di tossina, che talvolta accade.

Egli crede che le tossine siano dei prodotti di scissione primaria delle proteine batteriche e che gli anticorpi siano fermenti atti a scindere ulteriormente le tossine in sostanze innocue: sarebbe però necessaria la presenza del complemento.

In appoggio alla sua tesi reca il fatto, trovato da Fodor, che il bacillo del carbonchio si sviluppa male i primi giorni, seminato nel sangue, mentre più tardi, esaurito il complemento, vi trova un ottimo mezzo di cultura.

L'A. ha dimostrato l'assenza del complemento in tutti i sieri terapeutici: se così non fosse la miscela tossina-antitossica difterica, di Besredka, non avrebbe potere immunizzante, perchè, in presenza di complemento, già in vitro l'antigene viene distrutto.

Egli ritiene che la sieroterapia è inutile se il paziente ha esaurito il complemento, che viene fissato sia dai germi che dai loro prodotti di scissione.

La deficienza di complemento si manifesta con l'acidosi.

L'A. avrebbe ottenuto buoni risultati somministrando, in questi casi, alte dosi di bicarbonato sodico. DORIA.

Sul trattamento dell'ipertensione arteriosa con la dieta ipoclorurata.

La cagione immediata dell'ipertensione arteriosa è l'assunzione di una quantità di cloruro sodico maggiore di quella che il rene, già leso, può secernere. Per mantenere costante la tensione osmotica del sangue viene ritenuto un eccesso di acqua, onde la distensione dell'albero arterioso: a ciò può contribuire anche la ritenzione di acido urico.

La lesione renale suol essere determinata da precedenti infezioni acute, sopratutto la scarlattina, e dal continuo assorbimento di tossine dai focolai settici residui. Contemporaneamente vengono lesi altri organi ad alta specializzazione, come la tiroide, il pancreas, l'occhio, e forse l'endotelio delle arterie: le loro alterazioni sono generalmente trascurate perchè a lento decorso. L'apprezzamento della lesione renale dipende dalla precisione dell'esame chimico del sangue. L'albuminuria renale è sempre sintoma d'irritazione; per lo

più non scompare dopo aver ridotto l'ipertensione con una dieta scarsa di cloruri, di purine, e di acqua; occorre anche eliminare i focolai settici.

È dubbio se direttamente influiscano sulla pressione arteriosa, oltre il sodio, anche il potassio, il magnesio e il calcio.

Il plasma degl'ipertesi mostra regolarmente un eccesso di cloruro sodico: in essi vi è una costante di Ambard elevata. Se ciò non si verifica, la causa va ricercata in un errore di tecnica, o in una speciale condizione patologica del paziente. Se con la dieta ipoclorurata la tensione arteriosa non ritorna al normale in un tempo relativamente breve, o il cloruro sodico della dieta supera i due grammi al giorno, ciò che si può determinare dalle urine delle 24 ore, o la lesione renale è tanto avanzata da impedire una rapida declorurazione e deidratazione.

Le complicazioni cardiache risentono molto beneficio dalla diminuzione della pressione sanguigna.

L'importanza della dieta ipoclururata va tenuta presente nel trattamento del diabete, delle lesioni oculari tossiche, delle tossiemie gravidiche, e nel periodo postoperatorio.
(H. A. Houghton, *Med. Record*, 18 marzo 1922).

Doria.

La cura dell' anchilostomiasi.

I medicamenti di scelta sono il timolo e l'olio di chenopodio (Borland Mc-Vail: *Presse médicale*, 17 maggio 1922).

Timolo. L'ammalato prende un pasto leggero verso le 18: alle 22 un purgante salino (solfato di magnesio 30 g.): alle 6 del giorno seguente, se il purgante ha avuto effetto, g. 1.30 di timolo finemente polverato e mescolato con zucchero in quantità uguale; si ripete la dose alle 7.30 ed alle 9. Alle 10.30, nuovo purgante salino. Dopo il primo purgante, l'ammalato non deve prendere nè grassi, nè alcool, ed astenersi da ogni nutrimento sino a che abbia agito il secondo purgante. Durante l'azione del timolo l'individuo rimane in letto. Il trattamento si ripete 8-10 giorni dopo.

Olio di chenopodio. La dose ottima per l'adulto è di cmc. 1.5-2, per il primo trattamento, che si ripete 5-6 giorni dopo.

Si somministra in una volta, o meglio in due parti uguali da 1 cmc. a 6-8 ore d'intervallo; l'A. in tal caso ritiene inutile il purgante; dovendosi ricorrervi, si userà un purgante salino, (solfato di magnesio) da somministrare p. es. quando vi siano sintomi di avvelenamento: *evitare assolutamente l'olio di ricino.* La dieta assoluta non è necessaria. Il trattamento può ripetersi dopo 8-10 giorni. Per la misura esatta del medicamento, l'A. consiglia di usare una siringa ipodermica. L'A. accenna appena ai fenomeni tossici, che invece sono stati osservati da altri frequentemente e con una certa gravità.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1317) *Trattato italiano di dermatologia.* — Al dott. G. S. da Riesi:

Non abbiamo buoni testi italiani che rispondano al suo *desideratum.* Possiamo consigliare il trattato di malattie cutanee di Neisser e Jadassohn, tradotto in italiano con note ed aggiunte, pubblicato dalla Società editrice Dante Alighieri.

V. M.

(1318) *Patogenesi e cura della vitiligo.* — All'abbonato 1788:

La vitiligine può essere in rapporto con malattie del sistema nervoso centrale e periferico ed anche, con grandissima probabilità, del sistema endocrino.

Una cura razionale dovrebbe essere indirizzata a combattere le cause, quando fosse possibile di scovrirle.

Per la bibliografia consultare: Bosellini: *La Dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna.* Soc. ed. libraria, 1921, pag. 400 e seg.

V. Montesano.

(1319) *Cura chirurgica della tubercolosi polmonare.* — Al dott. Attilio Candela:

Le idee fondamentali sulla Cura Chirurgica della Tubercolosi polmonare si trovano in qualunque Trattato, anche nei compendi del Forgue e del Bégouin. Per avere cognizioni più complete occorre consultare i seguenti giornali: *Journal de Chirurgie, Surgery Gynecology and Obstetrics; Annals of Surgery, British Journal of Surgery, Centralblatt fur Chirurgie, etc.*, ove si trovano vari lavori sull'argomento in esteso o riassunti. Un importante lavoro sull'argomento è quello di Madimer: «La Thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonare». Masson, Paris, 1922.

L. D.

(1320) *Preparato per la carie dentaria.* — All'abbonato 3073:

R. Olio essenziale di garofani o pasta triotim diluita con fenolo. Il prodotto trovasi presso i buoni depositi dentarî. Occludere poscia la cavità con soluzione concentrata di sandracca.

Piperno.

(1321) *Ernia inguinale in lattante.* — Al dottor A. B., abbonato 8805:

Si può mettere il cinto ad un lattante affetto da ernia inguinale: si può operare a qualunque età, ma è meglio attendere, se non è molto voluminosa fino ai 3-5 anni. L. D.

(1322) Al dott. P. Rebora da Gavi:

Fra i più recenti sono MOHR e STAHELIN. *Trattato di medicina interna* in corso di pubblicazione; Soc. ed. libraria, Milano; e la nuova edizione della *Patologia medica* dello STRÜMPELL. F. Vallardi. Milano. *fil.*

(1323) All'abbonato 6318 da Castel di Sunio:

C. CABOT: *Diagnosi differenziale.* Soc. editr. libraria, Milano. — LEUBE: *Diagnosi differenziale delle malattie interne.* F. Vallardi, Milano. *fil.*

VARIA.

Psicologia dell' igiene.

La vecchia tendenza secondo la quale l'igiene si sarebbe dovuta diffondere con la imposizione, con la minaccia di sanzioni punitive va cedendo terreno alla tendenza della persuasione, la quale tenendo conto delle condizioni psicologiche di coloro che devono applicare le misure igieniche, sembra la più logica e quindi la più efficace.

Così pensa Chavigny, che fa della quistione argomento di un articolo comparso nel n. 34 della *Presse Médicale.*

Le prescrizioni legislative concernenti l'igiene, egli scrive, hanno avuto generalmente il risultato di creare nel pubblico uno stato di ostilità molto caratteristico. La inefficacia delle leggi ha indotto a credere che le sanzioni fossero insufficienti. Gli spiriti rigidi, dominatori, autoritarî in fatto di legislazione igienica sono gli alleati più perniciosi per la causa che pretendono di sostenere. Essi ritengono di poter tutto ottenere legiferando e creando nuovi congegni burocratici.

In effetti le migliori leggi. le vere, quelle che son restate, che hanno resistito alle rivoluzioni sono quelle che erano registrate, codificate dai costumi, dall'uso radicato da lungo tempo nella tradizione popolare.

Le altre leggi, quelle che sono inventate dai settari, dagli uomini, dai principî rigidi, quelle di cui ogni anno si fabbrica una serie interminabile lasciano il tempo che trovano.

Queste leggi non sono mai applicate perchè non corrispondono ad un bisogno immediato, ad una necessità nota del pubblico. E d'altra parte l'opinione pubblica non si fa con leggi.

In contrapposizione agli autoritarî dell'igiene, vi sono altri medici, altri igienisti che hanno al riguardo una concezione affatto differente. Costoro, edotti da innumerevoli esempî della storia parlamentare, sanno che se si vuol preparare una legge che abbia seria applicazione e vera efficacia, occorre formare la opinione pubblica, occorre per lungo tempo fare una abile propaganda.

In fatto d'igiene se si vuol guadagnare il pubblico, occorre educarlo.

L'igiene è una quistione di educazione popolare. L'attuale educazione rappresenta l'effetto di secoli di tradizioni, tradizioni che sono pertanto profondamente radicate. E' follia volerla trasformare radicalmente con un semplice regolamento di polizia o con una legge.

È possibile che un regolamento possa avere un tal risultato, scrive lo Chavigny, nei paesi dove l'obbedienza è passiva ed il caporalismo è tradizionale (santo caporalismo quando i caporali sono illuminati e retti! *N. d. R.*); ma nei popoli latini è affatto inutile contare su questo stato d'animo.

Per supplire a questo che si ostina a chiamare un merito, ma che in effetti è una deficienza dei popoli latini occorre una campagna di propaganda condotta con molta abilità, tenendo conto delle tendenze della razza, dell'interesse individuale, dell'egoismo di ciascuno, di tutte quelle ragioni essenziali quantunque secondarie che determinano le credenze e le convinzioni.

Al riguardo converrà servirsi della réclame, degli articoli di giornali, delle comunicazioni alle varie Società, delle conferenze al pubblico, del cinematografo, degli affissi.

L'igiene è la diplomazia della medicina.

Essere un igienista attualmente vuol dire essere un uomo realmente superiore, capace di rendersi conto dei progressi della scienza come dei bisogni e delle possibilità dei contemporanei. Occorre comprenderne gli interessi, occorre sopra tutto adottare i mezzi di propaganda alle persone alle quali è indirizzata, alle loro convinzioni, alle loro abitudini, alla loro istruzione.

Procedendo con questi sistemi istruttivi e suggestivi senza urti, senza recriminazioni si creerà la coscienza igienica.

Allora, quando il frutto sarà maturo si farà una legge, legge che sarà reclamata dal pubblico stesso.

Una legge nata in queste condizioni servirà solamente ad eliminare qualche rara infrazione. *dr.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9554) *Aumento di stipendio - Supplemento.* — Dott. M. G. da F. — Data la sua posizione giuridica di fronte al Comune, può pretendere l'aumento dello stipendio accordatole dalla G. P. A., ma non il supplemento per ogni povero curato in più del numero prescritto. Detto supplemento suppone un lavoro maggiore, che non ha fatto e che non poteva fare, dato la lunga controversia col Comune, causata dalla dichiarazione di decadenza.

(9555) *Pensione di riversibilità.* — Dott. M. R. da L. — Risposto privatamente come da desiderio espresso.

(9556) *Elenco dei poveri - Compilazione eccessiva.* — Dott. D. C. da L. — Certamente l'elenco dei poveri deve comprendere i soli poveri e non tutta la popolazione, che non tutta può essere povera. Non avendo la G. P. A. approvato il convenuto col Comune, Ella può chiedere un aumento di stipendio pel maggior lavoro ai termini dello art. 26 della legge sanitaria. Non può chiedere pel 1920 compenso agli agiati dal momento che l'elenco era comprensivo della intera popolazione e si riferiva, quindi, anche alle persone agiate.

(9557) *Indennità caro-viveri.* — Dott. A. V. T. da C. S. A. – Sempre quando supplisce un posto di medico condotto compreso nella pianta organica e priva di titolare, ha diritto alla indennità caro-viveri, tranne che nell'atto di nomina non sia specificatamente indicato che essa è compresa nello assegno giornaliero. Al caro-viveri si ha diritto dal 1° gennaio 1919 nella misura di lire 100 mensili, per gli ammogliati. Essa dura tuttora. Se ha diritto alla prima, ha diritto anche alla seconda indennità caro-viveri, che è di altre lire 100 mensili. Avendo moglie e tre bambini minorenni ha diritto a tre supplementi di cent. 85 giornalieri.

(9558) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. P. G. da M. di B. — Tanto per gli infortunii agricoli quanto per quelli industriali, il primo certificato si paga lire 5.00, gli altri intermedii per il decorso della malattia, lire 1.00, mentre il finale si paga egualmente lire 5.00.

(9559) *Ambulatorio medico-chirurgico.* — Dott A. Q. da C. dell'A. — Non era il Comune obbligato ad istituire l'ambulatorio e, quindi, nessun risarcimento di danni può da esso pretendere.

(9561) *Ricchezza mobile.* — Dott. C. P. da M. — La esenzione della imposta della R. M. è una speciale concessione del Comune, che dura fino a che l'autorità tutoria consente e cessa fino a che l'assentimento, per mutate condizioni economiche, non è più mantenuto. Può, però, insistere per non pagare l'annata scorsa, in quanto che Ella ha riscosso l'intero stipendio in buona fede e non *senza causa*. Non può, pertanto, essere tenuto a rifondere con la *conditio indebiti*.

(9562) *Indennità caro-viveri.* — Dott. F. B. da C. — Hanno diritto al supplemento caro-viveri tutti i figli a carico dell'impiegato, con esso conviventi e che sieno minori od inabili al lavoro.

(9563) *Prestazioni professionali.* — Dott. C. C. da F. di M. — Con il pattuito compenso si intendeva fare eseguire il servizio come era stato fatto e come si faceva in atto nel Comune e, perciò, per la cura generale se tale regione era in atto in vigore colà.

(9564) *Fognatura.* — Dott. A. P. da F. — Il quesito da Lei fatto si riferisce a materia di ingegneria sanitaria e, quindi, non confacente all'indole di questa rubrica.

(9565) *Decorrenza della nomina.* — Dott. G. D. P. da B. — Lo stipendio comincia a decorrere dal giorno in cui si è effettivamente assunto servizio.

(9566) *Tassa focatico.* — Dott. T. C. da C. S. G — Nella tassa focatico non si comprendono i cespiti da Lei indicati. Essa si stabilisce in base al complesso del reddito posseduto da ognuno e su grado di agiatezza in genere che possiede ogni cittadina.

Dott. JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMPOLONGO MAGGIORE (*Venezia*). — Scadenza 31 corr. Medico-chirurgo condotto di nuova istituzione frazione Bojn. Stipendio L. 6000; aumento provvisorio L. 1800. Indennità rivedibile di trasporto L. 3400, oppure L. 1000, a seconda del mezzo adoperato. Indennità di malaria L. 1500. Le due provvisorie indennità caro-viveri. Cinque aumenti quadriennali del decimo e due quinquennali del ventesimo. Deliberazioni circa aumento ed assegni pendenti all'Autorità tutoria.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

CASTIGLIONE DE' PEPOLI (*Bologna*). — Scad. 28 corr. Medico-chirurgo condotto del secondo riparto. Stipendio base L. 8000; indenn. cavallo L. 3000, 5 aumenti di L. 600 ciascuno. Esenzione R. M. su le prime 5000 lire. Documenti di rito.

LAURIA (*Potenza*). — Stipendio L. 3000 fino a 300 famiglie. Addizionale L. 10. Primo c.-v. Scadenza 31 agosto.

MONTELANICO (*Roma*). — Abitanti 1973. Stipendio 7000 lorde; caro-viveri, aumenti quadriennali del decimo. Fra i documenti: sana costituzione; stato famiglia; moralità; iscrizione all'Ordine; documenti temporanei non anteriori a tre mesi. Scadenza 30 giorni dal 10 agosto.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Due condotte. Stipendio: L. 6000 per i primi 1000 poveri (ogni povero in più L. 2.00 annue), lorde, con 5 quinquen-

ni del decimo, doppio caro-viv., L. 1800 per disagiata residenza; L. 1000 qualora il numero degli abbienti nelle condotte non superasse i 300. Età massima 40 anni, salvo per i dipendenti da altre Amministrazioni pubbliche. Certificati: non aver subito condanne per i tiotli indicati dall'articolo 25 del T. U. legge com. e prov.; buona condotta, sana costituzione. Certificati temporanei di data non anteriore a 3 mesi. Scad. 15 settemb.

NUORO (*Sassari*). — Scad. 31 agosto. Medico condotto frazione Zollone distante 8 chilometri, obbligo recarsi 2 volte settimanali, sempre in casi urgenti; stipendio L. 5000 e L. 2000 indennità caro-viveri. Altre condizioni visibili segreteria. Età anni 31, ex militari 39.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Due posti di Assistente di medicina. Obblighi: servizio di accettazione, id. di guardia per 12 ore con medaglia da L. 15, pernottazione. Stipendio L. 4500 lorde con 4 bienni del decimo, doppio caro-viveri. Cassa pensioni a carico dell'Amministrazione. Fra i documenti, elenco delle votazioni riportate negli esami universitari: documenti temporanei non anteriori a due mesi dal 5 agosto. Scad. 31 agosto.

SEREGNO (*Milano*). — *Ospedale F. Trabattoni e G. Ronzoni*. — Primario medico; L. 12,000, oltre L. 1200 c.-v., nette; L. 1800 se direzione; servizio radiologico e laboratorio indagini cliniche e microscopiche; età lim. 40; stato di fam. Nomina triennale e conferme quinquennali. Scad. 1° sett. Chiedere annunzio.

TORINO. *Ospedale celtico di S. Lazzaro*. — Medico primario. Condizioni e tabelle organiche visibili presso la Direzione dell'Ospedale. Certificati soliti compresa la sana costituzione. Titoli di coltura scientifica e pubblicazioni in 5 esemplari. Scadenza 30 settembre.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita*. *Primario di chirurgia*, 4000 lorde, due quinquenni del decimo, percentuale degli atti operativi agli abbienti; nomina per un quinquennio. Documenti temporanei non anteriori a mesi tre. Titoli e pubblicazioni in 5 esemplari. La Commissione terrà conto di titoli di ortopedia chirurgica infantile, militari. Età massima 45 (computato il serv. milit. in guerra) Assunzione in servizio il 1° gennaio 1923.

Assistente di medicina, 3000 lorde, due quinquenni del decimo; percentuale per le tasse di cura degli abbienti. Età massima 32 (computato il serv. mil. in guerra). Preferenza, a parità di merito, ai titoli militari.

Radiologo. Condizioni presso la Segreteria: pubblicazioni in triplice copia: a parità di merito, preferenza ai titoli militari.

Scadenza dei tre concorsi 31 ottobre.

VALLE AGRICOLA (*Caserta*). — Scad. pr. 25 corr. Medico-chirurgo dell'unica condotta del Comune. Lo stipendio assegnato alla condotta è di L. 6000, aumentabili di un decimo per ogni quinquennio, oltre la temporanea indennità caro-viveri del 1919 n 338, e l'assegno di L. 500, per servizio di ufficiale sanitario. Si corrisponde inoltre un'indennità di disagiata residenza in L. 1200. Stipendio ed assegno sono al lordo dalle ordinarie ritenute.

VALLECORSA (*Roma*). — Condotta residenziale lire 7000 più 300 come ufficiale san. La scadenza, dapprima fissata al 15 agosto, è stata prorogata al 31 agosto.

Medico-chirurgo condotto, usufruendo mese permesso, cerca interinato di un mese a buone condizioni a partire dal 1° settembre p. v. Scrivere: dott. Guido Demi - Monticiano (Siena).

Concorso per il posto di Direttore tecnico amministrativo del Sanatorio di Spesso (Venezia Giulia).

Il concorso è nazionale, per titoli. I candidati dovranno dimostrare la propria competenza specifica Sanatoriale e le proprie attitudini amministrative. Saranno preferiti i candidati che hanno già diretto lodevolmente gli Istituti ospedalieri antitubercolari, con preferenza fra di essi ai mutilati ed ex combattenti.

Il concorso sarà deciso da una Commissione che verrà nominata dopo la chiusura di esso, e sceglierà tra i concorrenti una terna nella quale il Comitato Esecutivo dell'Opera Nazionale nominerà il Direttore del Sanatorio.

Gli altri due designati e gli altri concorrenti non avranno acquisito diritto di sorta per il fatto del concorso e dell'esito del medesimo. La nomina sarà fatta per un periodo di prova di 18 mesi, trascorso il quale si procederà alla nomina definitiva per un quinquennio, compreso il periodo di prova. La riconferma nel posto sarà fatta di quinquennio in quinquennio.

Il Direttore del Sanatorio avrà lo stipendio annuo di L. 20,000 lorde, più un'indennità caro-viveri di L. 2400 lorde, pagabili a mensili posticipati.

Ogni riconferma per il successivo quinquennio dà diritto ad un aumento dello stipendio di lire 2000. Rimane escluso qualsiasi altro compenso di indennità, tranne che per incarichi speciali estranei al servizio ordinario, che potessero venirgli affidati dall'Opera Nazionale.

Il Direttore ha obbligo di alloggio nel Sanatorio, con diritto agli ambienti necessari per sè e per famiglia, nonchè a prelevare a prezzo di costo dal servizio cucina i generi occorrenti per il vitto proprio e della famiglia convivente a suo carico.

Le domande di concorso in carta legale, con fede di nascita da cui risulti che l'interessato non ha oltrepassato l'età limite di anni quaranta, stato di famiglia, certificato di cittadinanza italiana, certificato di idoneità fisica al posto a cui aspira (un nuovo accertamento da parte dell'Opera Nazionale sarà poi fatto all'atto della nomina), certificato di buona condotta, fede penale, laurea in medicina ed in chirurgia conseguita da almeno cinque anni in originale o in copia autentica, saranno inviate insieme con l'elenco dei titoli costituenti il *curriculum vitae* e le pubblicazioni, in numero di sei copie, alla Presidenza dell'Opera

Nazionale, Ufficio Sanitario, via Alberico II, 4-B, non più tardi del 15 settembre 1922.

Non sarà tenuto conto delle domande che perverranno alla Presidenza dell'Opera Nazionale dopo il giorno stabilito, anche se presentate in tempo utile agli uffici postali e ferroviari, nè dei lavori non pubblicati per le stampe; non saranno neppure accettate dopo il giorno stesso, nuove pubblicazioni o parti di esse e qualsiasi altro documento.

L'eletto dovrà dichiarare l'accettazione entro 10 giorni dalla nomina ed assumere l'ufficio entro un mese.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Prospero Amorosi ha ottenuto per titoli la libera docenza in Medicina operatoria presso la R. Università di Palermo.

Il dott. Michele Cassella, già allievo del prof. De Giaxa ed ora dirigente il Laboratorio consorziale d'Igiene di Avellino, ha conseguita la libera docenza in Igiene presso la R. Università di Napoli.

NOTIZIE DIVERSE.

III Conferenza internazionale di Psicotecnica applicata all'orientamento professionale.

La III Conferenza Internazionale di Psicotecnica si raccoglie quest'anno in Italia dove l'interesse per la ricerca delle attitudini come mezzo di orientamento professionale va crescendo negli ambienti scientifici ed industriali. L'invito della Società Umanitaria ne è una prova. La Conferenza potrà avere perciò nel paese una ripercussione favorevole sull'indirizzo di studio che il Comitato Internazionale rappresenta e sostiene.

La Conferenza si propone di raggiungere il maggior rendimento scientifico e pratico, per cui d'accordo col Comitato Internazionale di Psicotecnica intende limitare la discussione agli argomenti fondamentali qui appresso indicati come temi generali:

1° *Che cosa sono le attitudini professionali?* (LAHY).

2° *Attitudini native ed attitudini acquisite* (DECROLY, PATRIZI).

3° *Analisi psicologica del lavoro* (GEMELLI, LIPMANN).

4° *Orientamento professionale e Taylorismo* (BAUER).

5° *L'unificazione internazionale dei tests e delle fiches individuali* (CLAPARÈDE, MIRA, MYERS).

Per ciascuno di questi temi sarà fatta una breve relazione della durata di non più di 20 minuti, destinata ad orientare la discussione, la quale sarebbe desiderabile avvenisse in lingua francese, pur essendo ammesse le quattro lingue principali (Francese, Inglese, Italiano, Tedesco).

Questi temi occuperanno le sedute plenarie. In sale separate, invece, verranno svolte le comunicazioni particolari raggruppate secondo le loro affinità. Chi desideri fare qualche comunicazione è pregato di inviarne le conclusioni al Segretariato del Congresso, entro il 5 settembre 1922, perchè il Segretariato stesso possa farle stampare ed inviare o distribuire agli aderenti in tempo utile, per rendere la discussione proficua.

È indubitato che, seguendo strettamente questa regola, il Convegno riuscirà meno brillante, ma la discussione sarà più seria e proficua; ciò che ognuno deve desiderare.

Una sala sarà destinata all'Esposizione permanente dei *tests*, strumenti, grafici, piani, proiezioni, films, ecc., e per lo studio illustrativo di eventuali comunicazioni.

La riunione della Conferenza è destinata a Milano per i giorni 2, 3, 4 ottobre prossimo. Per la sera del 1° ottobre, però, tutti i già convenuti sono invitati ad una riunione amichevole nei locali della Società Umanitaria per le presentazioni, per riannodare conoscenze ed amicizie, per eventuali accordi sulle future discussioni.

Dato il carattere necessariamente frazionato delle discussioni, queste non verranno ostacolate da eventuali spostamenti del Convegno in occasioni di gite nei dintorni di Milano, che il Comitato organizzerà onde rendere più facili e cordiali, grazie all'intimità dei ritrovi occasionali, i rapporti fra i convenuti, favorendo così il raggiungimento di alcuni fra gli scopi più elevati del Congresso.

Così, per esempio, il Comitato ha disposto che tutte le comunicazioni di ordine pedagogico e le discussioni relative avvengano in una seduta speciale che sarà tenuta a Como all'Istituto Carducci (dove ha trovato sede anche la «Scuola di Attività Spontanea» del Salvoni).

Si pregano quindi gli interessati di voler inviare subito l'adesione con l'indicazione esatta dell'indirizzo, per ottenere i Riassunti delle Relazioni e delle Comunicazioni che verranno inviate. Gli Atti del Convegno saranno stampati a cura del Comitato Ordinatore se i Relatori avranno fatto il loro dovere prima di lasciare Milano e se si sarà raggiunto un numero di acquirenti del volume sufficiente a coprire la spese del volume stesso *essendo stato stabilito di non far pagare alcuna quota di adesione*.

Il giorno 5 ottobre sarà dedicato alla visita di quelle Istituzioni scientifiche ed industriali di Milano e dintorni che potranno interessare l'uno o l'altro gruppo dei convenuti.

Il Comitato ordinatore, con la collaborazione della Commissione di studi per l'orientamento professionale della Società Umanitaria, è incaricato di raccogliere le adesioni e le comunicazioni per il Convegno. Esse dovranno essere inviate a questo indirizzo: *Segretariato della III Conferenza Internazionale di Psicotecnica - Via S. Barnaba* 38 - Milano (XIV).

Il Segretario generale del Comitato Internazionale di Psicotecnica è J. M. Lahy.

Il delegato per l'Italia: G. C. Ferrari.

Il presidente è il sen. Luigi della Torre. Il Comitato ordinatore è composto dei proff. G. Antonini, L. Devoto, A. Osimo; il Segretariato dei dottori R. Bauer, G. Corberi, P. Gonzales.

Conferenze per medici pratici a Siena.

Nell'Istituto Senese di Bagni e Terapia fisica è stato tenuto, nel decorso trimestre aprile-giugno, un corso di conferenze teorico-pratiche di Terapia, Fisica, Radiologia, Idrologia, Climatologia e Terapia immunitaria che è stato frequentatissimo.

Le conferenze furono tenute dai proff. Bordoni, Barduzzi, Cova, Franci, Londini, Ottolenghi, Remedi, Rugani L., Simonelli, della R. Università.

V Congresso Sanitario Regionale di Abruzzo e Molise.

Si terrà a Lanciano dal 23 al 25 settembre. In occasione di esso, saranno tenute le seguenti conferenze: 1. *Il medico per la evoluzione fisica e sociale del popolo* (prof. G. Corrado, Chieti); 2. *La igiene nella Scuola e dalla Scuola* (prof. A. Di Vestea - Teramo); 3. *Ormoni e vitamine* (prof. G. Pianese. Campobasso); 4. *Le occlusioni intestinali* (prof. F. Stinelli, Aquila); 5. *La ricerca della sifilide ereditaria e le sue difficoltà* (prof. G. Verrotti, Teramo).

Inoltre il venerando prof. sen. F. Masci dirà al Congresso su: *La medicina, i Congressi medici e la regione abruzzese-molisana.*

L'unanime consenso dei Sanitari delle quattro provincie e l'incoraggiamento dei Maestri assicurano la riuscita del Congresso.

Congresso della Società Italiana di Patologia.

Si terrà a Padova, nell'Istituto di Patologia generale nei giorni 10, 11, 12 del prossimo ottobre.

Titoli delle comunicazioni e quota (L. 25) alla Segreteria dell'Istituto di Patologia generale, via Loredan, 8 - Padova.

Crisi agli Istituti Clinici di Milano.

Il prof. Mangiagalli, fondatore degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, ha dato le sue dimissioni da decano degli Istituti stessi. Le dimissioni sono motivate dal fatto che il largo programma del prof. Mangiagalli non è stato accettato nella sua integrità, essendo mancata da parte della Facoltà l'approvazione al trasferimento del prof. Besta da Messina all'Istituto Neurologico di Milano, di cui era direttore e creatore ed in cui avrebbe dovuto avere l'insegnamento delle «Lesioni cerebrali a focolaio». I voti della Facoltà si sono divisi in parti uguali, mentre per l'approvazione della proposta di trasferimento sarebbe stata necessaria la maggioranza dei due terzi.

Provvedimenti per l' infanzia.

È stata annunziata la nomina di una Commissione Reale per l'assistenza dell'infanzia. È un provvedimento veramente necessario e da tempo atteso, che darà, speriamo, i suoi frutti. Rileviamo però con stupore che fra i 25 membri della Commissione non si trovano che solo cinque medici, fra cui un solo pediatra, il prof. Jemma di Napoli. Questi si trova quindi isolato fra tante personalità le quali, pur essendo animate dalle migliori intenzioni e pur essendo in parte competenti in materia di beneficenza pubblica e di burocrazia, mancano necessariamente di quella competenza pediatrica che pur deve esser necessaria per studiare provvedimenti igienico-sanitari per l'infanzia. Criteri burocratici e forse di opportunità sono quindi prevalsi anche nella nomina di questa Commissione, in cui l'elemento tecnico-pediatrico dovrebbe se non preponderare, essere largamente rappresentato.

Nelle Università tedesche.

Come successori di Kraepelin erano stati indicati I Bonhoeffer di Berlino; II *ex aequo* Bumke di Lipsia e Gaupp di Tübingen. È stato nominato Bumke.

È morto a Würzburg, in età di 72 ann, HOFMEISTER, già professore di chimica fisiologica a Strasburgo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deutsche Med. Wochens., 2 febbraio. — F. SAUERBRAUN. I limiti dell'attività chirurgica.

BRUCH. Trattamento dei tumori maligni. —

Paris Médical, 27 maggio. — H. CLAUDE. Lezione inaugurale al corso di clinica delle malattie mentali.

Bull. Ac. de Méd., 16 maggio. — E. MARCHOUX. La lebbra del ratto può trasmettersi all'uomo. — J. RENAULT e P.-P. LÉVY. Nuovo processo di vaccinazione antidifterico.

Journ. de Méd. de Paris, 28 maggio. — BOUSSI. Trattamento della sifilide oculare.

Ann. di Nevrol., I. — E. ROSSI. Demenza afasica (malattia di L. Bianchi).

Le Scalpel, 13 maggio. — VAN DEN WILDENBERG. Occlusioni congenite delle coane.

Soc. d. Hôp., 25 maggio. — J. PARISOT e G. RICHARD. Il segno della tiroide. — J. COMBY. Pronazione dolorosa dei fanciulli. — A. SÉZARY e J. ALIBERT. Sifilide di europei da virus africano.

Tubercolosi, aprile. — I raggi Röntgen nella terapia della tubercolosi polmonare.

Arch. di Farmac., ecc., 1 febbraio. — C. ARTOM. Comportamento degli enzimi essiccati e sottoposti al calore.

— 15 febbraio. — M. CHIÒ. Azione dell'ergotina sull'utero isolato.

Haematologica, maggio. — R. MARCHESINI. Cellule di Bizzozero o megacariociti e piastrine. — C. SARTORI. Azione delle emoagglutinine in vivo. — G. DI MACCO. Ricerche sperimentali sulla fagocitosi.

Giorn. di Clin. Med., 20 maggio. — L. BONACORSI. Sopra una nuova reazione per la diagnosi di tubercolosi.

Edinb. Med. Journ., giugno. — D. M. GREIG. Myiasis oestrosa.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., maggio. — C. J. ANDREWS. I risultati ultimi in ostetricia. — P. WILLSON. Moncone del funicolo e fisiologia dell'ombellico sul neonato. — E. COFFEY. Soluzione luteinia per via ipodermica nella nausea e nel vomito della gravidanza.

British Med. Journ., 27 maggio. — H. HEAD. La diagnosi dell'isteria. — W. E. FORTHERGILL. Sulla chirurgia pelvica. — E. MILLANBY. Errori dietetici comuni. — L. WILLIAMS. La glandola interstiziale.

Liguaria Med., 15 mar. — A. BARLOCCO. Eredo-atassia cerebellare famigliare.

La Clinique, mag. — WETTERWALD. La nevralgia essenziale. — J. PEUBER. Trattamento dell'insufficienza respiratoria. — V. PAUCHET. Come preparare e curare un operato gastrico.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 mag. — A. GENTILI. Formazioni linfoidi della mucosa uterina nella gravidanza e fuori di gravidanza. — R. COSTA. Sinfisiectomia parziale superiore e sinfisiotomia associate. — G. DOSSENA. La Terapia conservatrice nel trattamento chirurgico della gravidanza tubarica.

Bull. Ac. de Méd., 23 mag. — O. JOMÉ. Tecnica delle autopsie del fascio atrio-ventricolare.

Endocrinology, mar. — C. E. DE SAJÔUS. L'insufficienza adrenale. — J. ISURE. Influenza del sistema endocrino nella tensione intraoculare.

Rev. Circ. Med. Argentino, ecc., mar. — J. DESTÉFANO. Stitichezza ceco-ascendente. — C. LAUGE. La diagnosi biologica della sifilide.

Münch. Med. Wochens., 2 giu. — F. KROH. La paralisi del diaframma. — W. SCHÖNFELD. Trattamento salvarsanico preventivo.

Deut. Med. Wochens., 2 giu. — F. KÜLBS. Sulle ipertonie. — M. KONTSCHALOWSKY e A. EISENSTEIN. Sulla roentgenterapia dei tumori dell'ipofisi.

Medizin. Klinik, 4 giu. — S. JONAS. I crampi iniziali nell'ulcera; rapporti con la colelitiasi.

Presse Méd., 3 giu. — M. LOEPER, M. DEBRAY e F. POUILLARD. Sull'azione vascolare e tonicardiaca dell'aglio. — H. ABOULKES. La diagnosi degli ascessi intracranici silenziosi nel periodo ambulatorio. — D. JONESCO e M. POPPER. La cirrosi epatosplenica malarica.

Wiener Klin. Wochens., 1 giu. — C. EWALD. La terapia moderna delle fratture e lussazioni.

Pathologica, 1 giu. — C. DECIO. Ematoma spontaneo delle pareti addominali durante la gravidanza.

Soc. d. Hôp., 1 giu. — S. I. DE JONG e P. HILLEMAND. L'arricchimento apparente degli espettorati tubercolotici con la permanenza al termostato.

Wien. Klin. Wochens., 8 giu. — J. BONDI e R. NEURATH. Iperfemminismo sperimentale. — A. BUSACCA. Nuova reazione intracutanea della sifilide.

Brit. Med. Journ., 3 giu. — Lord DAWSON di Penn. La dispepsia e le condizioni che la sostengono.

Lancet, 3 giu. — P. T. HERVING. Vasi e gangli linfatici nell'assorbimento di particelle estranee e di bacilli tubercolari.

Journal Am. Med. Assoc., 20 0mag. — F. BILLINGS. Tendenze della medicina moderna. — R. S. MORRIS e H. B. WEISS. Dispituitarismo.

— 27 mag. G. DE SCHWEINITZ. Uno sguardo al passato e all'avvenire. — T. S. CULLEN. Le emorragie uterine. — C. A. KOFOID e O. SVEZY. Amebiasi ossea.

Clin. Pediatrica, n. 5. — F. FRASSETTO. Pesi e lunghezze del corpo alla nascita.

Riv. di Clin. Pediatr., mag. — M. CAMURATI. Saggi farmacodinamici sottoepidermici.

Arch. de Med.. Cir. y Espec., 27 mag. — H. HIRSCHFELD. Le malattie del sangue e i tumori.

La Presse Méd., 7 giu. — M. LABBÉ, H. LABBÉ e F. NEPVEUX. La glicemia nei diabetici.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 4 Settembre 1922** **Fasc. 36**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI CUNEO.

Sul pneumotorace ad ipotensione, ad indicazione sintomatica.

Nota del dott. prof. ZUCCÒLA, primario e docente.

Lo Gwerder-Pedoja di Davos da parecchi anni (*Zeitschrift f. Tuberkulose*, Bad, 22-24-26 e 27) insiste sulla questione del pn. ad ipotensione ad indicazione sintomatica, pn. che dovrebbe venire applicato in quegli ammalati a lesione bilaterale nei quali il polmone meno leso è già in preda ad un processo relativamente avanzato, sempre meno però di quello del polmone destinato ad un collasso incompleto e che determina sintomi di tale intensità contro i quali è indicato procedere senza indugio.

La compressione del polmone più avanti nella lesione dovrebbe venire per stadi: in un primo tempo si procede ad una leggiera soppressione della tensione polmonare; in un secondo il polmone viene ridotto ad una media posizione in modo da non occupare che la metà del cavo pleurico; in un terzo infine si procede alla compressione totale raggiungendosi così il grado di pn. curativo o causale. Questo in via puramente teorica, poichè nella sua effettuazione il trattamento non può avere nulla di schematico; la pressione e la quantità di N introdotto nel cavo pleurico non possono darci alcuna indicazione esatta del grado di compressione o della posizione assunta dal polmone, dovendosi piuttosto tener conto del grado di ipotensione raggiunto, della localizzazione del pn., del fattore costituzionale, della temperatura, del polso, del respiro, ecc., i quali fattori tutti devono essere integrati da ripetute e sistematiche osservazioni radiologiche. Se non che l'A. stesso nota come al terzo stadio della cura, molte volte al secondo, non possa

giungersi che molto tardi, dovendo la compressione media conservarsi per anni o anche rimanere definitiva.

Particolarmente consigliabile sarebbe in quegli ammalati che pur non avendo febbre od espettorato molto abbondante vanno via via aggravandosi per pura intossicazione: in tali casi l'intervento avrebbe un effetto disintossicante notevolissimo: riducendo la tensione del polmone si limita la superficie di secrezione delle tossine e si favorisce l'autoimmunizzazione; e nemmeno sarebbe da rifiutarsi quando si è in presenza di un processo di pneumonite caseosa attiva complicato dalla presenza nel lato opposto di focolai miliari disseminati, ad andamento subcronico, con febbre tipo etico.

Oltre che i casi sopra accennati in special modo ne sarebbero avvantaggiate quelle lesioni tenaci degli apici, di per sè poco gravi, recidivanti, che colle loro frequenti ricadute debilitano tanto l'organismo da rendere poi un pn. curativo, tardivo, di problematica efficacia.

Nell'estendere il metodo detto A. va ancor oltre: così considerando che molte volte i sintomi generali non hanno mai un origine unilaterale, quando si sono vinti in tutto od in parte quelli secondari alla lesione del polmone più ammalato, se la natura non sarà sufficiente a determinare la scomparsa di quelli dipendenti dalla parte opposta, è consigliabile di intervenire anche su questa mediante un secondo pn. ad ipotensione.

Nè basta in via generale, l'applicazione del pn. dovrà estendersi e trovare una indicazione precisa che permetterà di sottoporre ad un pn. profilattico temporaneo anche i polmoni solo predisposti: colla compressione si produrrà un aumento del tessuto connettivo, la facoltà di riassorbimento e la circolazione miglioreranno e la infezione così naturalmente si evolverebbe in fibrosi.

Data una così estesa applicabilità del metodo non è a stupire quindi l'affermazione che il pn. ad ipotensione possa essere tentato in tutte le varietà immaginabili allo scopo di sopprimere alcuni determinati sintomi ad anche nei casi disperati.

Lo G. P. nei suoi lavori riporta una discreta casistica di pazienti così trattati e nei quali l'espediente terapeutico consigliato ha dato risultati tali da allettare veramente quanti dell'argomento si appassionano. Ed in verità le risorse mediche a nostre mani contro le lesioni tubercolari — almeno quando sono giunte ad un determinato stadio — sono tanto limitate, molte volte nulle, da scusar legittimo qualsiasi tentativo che a noi prometta sia pure un semplice sollievo, anche passeggero, per i nostri raccomandati.

Che io mi sappia finora non è stata data relazione di tentativi di tal genere fatti presso di noi nè altrove, ciò che è anche logico poichè l'estensione del metodo curativo a forme avanzate bilaterali sconvolgere il criterio terapeutico che di esso finora si aveva, poichè oltrepassata l'indicazione iniziale che lo riservava alle forme iniziali si manteneva pur sempre, in modo assoluto, il principio inderogabile che la lesione fosse unilaterale.

Del resto, dal lato puramente teorico, il concetto informatore non fa grinza tanto che neppure nella fattispecie urta colle conoscenze che la pratica ci apporta. É difatti omai pacificamente ammesso come con vantaggio si possa procedere, sempre colle dovute cautele, al totale collasso di un polmone ammalato anche quando quello opposto è già inizialmente compromesso traendone entrambi definitivo vantaggio.

Sull'argomento ho già comunicato nella seduta del 29 ottobre della riunione annuale della Società di Medicina interna esponendo i risultati ottenuti; fin d'allora facendo le mie più ampie riserve sull'applicabilità del metodo non solo, ma ancora sull'efficacia di esso quando possibile. Ed i successivi tentativi fatti ci hanno riconfermato nelle idee allora espresse.

Poichè il più delle volte si urta contro difficoltà tecniche insuperabili. Trattandosi di ammalati con lesioni in stadio avanzato, in un numero ben ridotto la pleura offre una pervietà tale da permettere un collasso del polmone quale si richiede per giungere almeno al primo stadio dell'intervento, in ogni modo anche nei casi più favorevoli nei quali si riusciva ad introdurre una discreta quantità di N. mai potemmo osservare che la bolla di gas si localizzasse in corrispondenza della porzione veramente ammalata — il che sarebbe ideale — ma sempre in corrispondenza della parte sana o apparentemente tale, con discapito evidente di quella lesa così obbligata ad un maggior lavoro: fatto questo ovvio quando si tenga conto che la parte libera da aderenze e quindi compressibile è quella sana.

A parte il fatto dei rialzi termici — che con tali manovre si determinano — imputabili a fenomeni reattivi di autoimmunizzazione secondari alla spremitura del polmone neppure è a pensare che un modico collasso ottenuto con molta prudenza, praticando introduzioni povere e distanziate possa non essere risentito dal polmone del lato opposto: a noi

è occorso di dover dopo 4-6 introduzioni di 50-60 cmc. di N. fatte a giorni alterni di dover abbandonare ogni tentativo non solo perchè i disturbi soggettivi avvertiti dal paziente accennavano ad aumentare — il che potrebbe avere un'importanza relativa — ma ancora perchè si esaltava la lesione della parte opposta: si noti, anzi, che in qualche caso questa era ad uno stadio veramente iniziale e tale da lasciare sperare alla possibilità di realizzare un collasso totale anzi che puramente sintomatico.

In due soli casi, su una dozzina, si ebbero risultati soddisfacenti — diminuzione e scomparsa della temperatura, miglioramento delle lesioni e dello stato generale, ecc — ma in via puramente passeggiera, solo di qualche mese, in nessun momento mai tali da dare adito alla speranza che in un epoca più o meno lontana, si potesse dal primo stadio di compressione passare al secondo: difatti tanto la lesione del polmone parzialmente collabito quanto di quello lasciato a sè a maggiore o minore scadenza ripresero il loro carattere di progressività.

Dati i risultati dei tentativi è inutile dire come noi non possiamo condividere almeno per ora con soverchio entusiasmo la proposta dello G. P. poichè se essa è accettabile dal lato puramente teorico la pratica sua applicazione urta non solo contro difficoltà tecniche spesso insuperabili ma può anche dare risultati contrari agli augurati.

Conseguentemente ci sembrano troppo recise e generalizzate le affermazioni del fisiologo di Davos il quale nella chiusa di un suo lavoro (*Zeitschrift f. Tuberkulose* Bd. 27 Heft 5) scrive, come la soppressione parziale della tensione di un polmone in caso di tubercolosi polmonare anche avanzata, soppressione dosata, eclettica e temporanea, agendo sui focolai principali, porti alla scomparsa dei sintomi più impressionanti e con effetti tali da modificare completamente la situazione.

« Si tratta di localizzare il pn. in maniera talmente ideale, da arrivare ad isolare il focolaio determinato (caverna ad esempio) producendo artificialmente una compressione locale o per mezzo di condizioni naturali preesistenti: con questo vengono scartati i sintomi manifesti, mentre non sono punto influenzati gli altri sintomi più stazionari, che senza contare quelli della caverna, sono dovuti all'esistenza di particelli di tessuto sano ». Concetto puramente teorico, come abbiamo visto, e neppure troppo chiaro, benchè l'affermazione che « più spesso di quel che si crede si presentano casi con localizzazione ideale del focolaio e della caverna, senza gran pregiudizio del tessuto sano » non possiamo accettarla che con molte riserve e la pretesa di poter localizzare un pn. unicamente sulla porzione ammalata è, come abbiamo visto, veramente eccessiva, si tratti di focolai relativamente recenti o, a maggior ragione, di data antica, avendo le immancabili lesioni pleuriche reattive costruito attorno ad essi barriere non facilmente sorpassabili.

Forse anche la fortuna non ci avrà arriso nella scelta dei nostri casi, certo è che per ora non possiamo ancora trasgredire, e consigliare di trasgredire, al principio che il pn. è solo da applicarsi con sicuro vantaggio nelle affezioni strettamente unilaterali e tanto più precocemente quanto è possibile.

NOTE E CONTRIBUTI.

Febbre tifoide e gravidanza.

Nota statistico-pratica.

Dott. ANDREA FERRI.

Si è creduto un tempo, con Rokitanski e Niemeyer, che la gravidanza conferisse all'organismo una specie di immunità verso la febbre tifoide, ma l'osservazione pratica ha facilmente dimostrata erronea tale opinione, quantunque si continui ad ammettere che la donna gravida viene colpita meno di frequente che non le altre dal tifo.

Quanto all'influenza della gravidanza sul decorso della malattia, si riconosce in genere un aggravamento nella prognosi, però in grado assai diverso secondo gli osservatori; vi è infatti notevole distanza fra la elevata mortalità risultante dalle cifre di Liebermeister e di Griesinger (40 %) e le constatazioni assai più ottimistiche di altri, ad es. Daguyot (10 %). E, reciprocamente, nefasta è considerata l'azione della febbre tifoide sulla gravidanza; alcune statistiche, riportate nei trattati, dànno l'aborto od il parto prematuro nei due terzi dei casi; soltanto osservazioni isolate (Wilson) parlano contro questa percentuale alquanto catastrofica.

L'argomento è stato specialmente studiato verso la fine del secolo scorso, e si può dire che, in genere, le pubblicazioni dell'epoca inducono a previsioni fosche davanti a queste malate, tantochè da qualcuno si è anche parlato di una interruzione artificiale della gravidanza a scopo curativo. Molto scarsa invece, per quanto mi consta, è su tale soggetto la letteratura di quest'ultimo ventennio, come di que-

stione sorpassata e non meritevole di speciale interesse. Lasciando da parte le discussioni patogenetiche e teoriche e le ricerche sul passaggio o meno dei bacilli dalla madre al feto, sull'integrità o le alterazioni placentari, ecc...: io rilevo che fra i medici che hanno descritto, anche recentemente, epidemie di tifoide, non ho trovato chi abbia accennato ai rapporti fra tifo e gravidanza; cioè al numero delle donne incinte colpite dall'infezione, alla gravità del decorso e degli esiti, alle conseguenze a carico del prodotto del concepimento. Sarebbe stato utile il farlo, perchè a me sembra, per quello che risulta dalla mia modesta pratica, che al riguardo un eccessivo pessimismo sia ingiustificato, e che qualche idea passata debba subire una revisione.

Sopra circa 530 casi di febbre tifoide, non tenendo conto delle forme lievissime, sviluppatisi nel comune di Sala Bolognese dal 1906 a tutto il 1921, io ne ebbi in cura 402, cioè:

209 maschi (52 %) con 11 decessi; 193 femmine (48 %) con 9 decessi. La mortalità totale fu quindi, nei casi curati da me, del 4.97 %; nelle donne, del 4.66 %. Osservo che il primo quadriennio aveva dato una notevole prevalenza alla mortalità femminile; da ciò appare la scarsa attendibilità delle statistiche basate su periodi di osservazione troppo brevi.

Potei seguire i malati per tutto il decorso e nei postumi. In tutti fu abbastanza costante la *sintomatologia caratteristica*, a parte la diversa gravità delle forme e qualche varietà nel modo d'inizio e nei sintomi accessori. Del resto, la *diagnosi* fu spesso facile fin dal principio, a causa dell'endemia dominante e per l'evidente nesso epidemiologico fra i diversi casi; poche volte furono necessarie, a scopo diagnostico, le ricerche di laboratorio o la prova sierologica.

Cause dell'esito letale furono le seguenti:

Perforazione intestinale	casi	7
Enterorragie profuse	»	2
Paralisi cardiaca	»	2
Meningo-encefalite	»	4
Complicazioni polmonari	»	3
Gravità dell'infezione generale	»	2
	Totale casi	20

Le gestanti colpite dall'infezione furono 14 (il 3.48 % dei casi, ed il 7.25 % delle femmine), e in diverso stadio di gravidanza, cioè dal 3° all'8° mese. Nei casi frequentissimi di epidemia famigliare, tre volte fu una donna incinta la prima ad ammalare; altre volte le gravide furono colpite nei contagi successivi, e talora rimasero immuni, pur non avendo avuto l'infezione in precedenza. In base a tale comportamento, io non ho potuto riconoscere nelle gestanti alcuna speciale difficoltà a contrarre il tifo, ma non credo che questi dati siano sufficienti per escludere anche quel minimum di immunità relativa ammesso dai più.

Il quadro clinico non fu sensibilmente modificato dal fatto della gravidanza; l'esito fu conforme alle osservazioni degli autori più ottimisti, perchè tutte le 14 malate guarirono. Se il numero dei casi è troppo esiguo per giungere a conclusioni di indole generale, posso dire pertanto che le gravide non mi hanno offerto ragione di un giudizio prognostico più grave in confronto degli altri malati.

Ebbi in un caso l'aborto al 3° mese nell'acme della malattia; in un altro al 4° mese, all'inizio di una ricaduta. (Quest'ultima donna aveva avuto, in due gravidanze precedenti, una prima volta l'eclampsia a termine ed una seconda l'aborto al 4° mese, per cause imprecisate). I due aborti si espletarono spontaneamente, ed io mi astenni da ogni intervento attivo. Una terza donna partorì, durante il tifo, al principio del 9° mese; il bambino nacque vivo e, allattato artificialmente, morì all'età di tre mesi. Le altre undici donne giunsero a termine e partorirono un feto vivo e vitale. Alcune di esse ebbero forme tifiche particolarmente gravi, eppure l'interruzione della gravidanza, temuta ed attesa di giorno in giorno, non si verificò.

Degno di menzione è un caso dell'ottobre 1920, di una donna di 27 anni, incinta al quinto mese, la quale ebbe una forma grave e prolungata, in cui la temperatura per molti giorni superò i 40°, con delirio, vomiti ripetuti ed insistenti, forte meteorismo, patina nerastra sui denti, sulla lingua, sulle gengive, polso 140, ecc. L'utero col suo contenuto, che fino dal principio aveva sospeso il suo accrescimento, andò riducendosi di volume e ad un certo momento comparvero i dolori caratteristici delle contrazioni uterine, le quali poi si arrestarono. Ricordo in modo speciale questo caso, perchè tanto da me che da un egregio consulente si ritenne certa la morte del feto; il bambino nacque invece perfettamente a termine il 6 marzo dell'anno successivo, ed è tuttora vivente e sano. In un'altra gravida all'8° mese, nell'acme del tifo, si iniziò il travaglio, ma poi le doglie cessarono ed il parto avvenne a termine, durante la convalescenza; la donna potè anche allattare il neonato.

Data la relativa mitezza dell'endemia, io non pretendo di dare a questi esiti favorevoli un soverchio valore; essi mi fanno tuttavia pen-

sare che la coesistenza della gravidanza col tifo non abbia conseguenze così gravi e così frequenti, come in genere si ritiene. Osservo, a questo proposito, che le statistiche nosocomiali non possono servire di base al pratico per un giusto orientamento prognostico, perchè fondate unicamente su casi che giungono agli Ospedali ,spesso a malattia avanzata, per lo più gravi o aggravatisi per difetto di assistenza domiciliare, o in corso d'aborto, e quindi con mortalità più elevata che non sia quella generale; è certo però che anche la diversa gravità ed il *genio* delle varie epidemie possono spiegare in gran parte la differenza dei risultati ottenuti dagli autori che si sono occupati dell'argomento.

Io non voglio, in base a poche osservazioni, negare allo stato di gravidanza, sia per sè che per le eventuali complicanze, ogni influenza sfavorevole nel decorso e nell'esito di una febbre tifoide, ma rilevo che vi sono altre ragioni, di indole terapeutica, le quali possono spiegare una più elevata mortalità nelle gestanti ed una maggior frequenza degli aborti. Uno stato di malessere, di inappetenza, di ipostenia, anche se accompagnato da leggera febbre, viene con più facilità attribuito alla gravidanza stessa, che ad una malattia intercorrente; e così succede, specie nei luoghi ove difetta insieme con l'educazione igienica l'assistenza sanitaria, che il medico viene consultato, per una gravida, soltanto a malattia più o meno avanzata. Qualche eventuale difficoltà diagnostica legata allo stato di gestazione, specie nei casi sporadici e nei luoghi immuni da endemia, può fare ritardare l'adozione di una terapia adatta, e, a diagnosi conclamata, può darsi ancora che timori più o meno fondati impediscano di applicare le norme curative colla necessaria energia. Accade non di rado di fare nell'esercizio pratico simili constatazioni; l'influenza sfavorevole sul *decorso ulteriore*, non ha bisogno di essere dimostrata.

Credo ora opportuno accennare brevemente alla terapia seguita ed in ispecie a quella parte che ha maggiore attinenza coll'argomento di questa breve nota. Non dirò certo cose nuove, tanto più che non ho sperimentato i moderni metodi di cura, ma mi sono sempre mantenuto fedele unicamente a quei principi che hanno formato finora il caposaldo nella cura delle forme tifiche e che forse non perderanno della loro importanza, finchè non siano bene stabilite l'efficacia e l'innocuità di quei rimedi (compresi sotto il nome di siero-vaccino-proteinoterapia), i quali, benchè tuttora allo studio, fanno concepire grandi speranze per la cura delle infezioni. I principali, ai quali ho accennato, e che del resto non sono incompatibili con qualsiasi altra cura medicamentosa sono: le *norme igienico-dietetiche* e l'*antipiresi fisica;* nella gravida ho usato, e credo necessario, a loro riguardo un maggiore rigorismo.

Ho sempre applicato le *norme igienico-dietetiche* fin dall'inizio, indipendentemente da accertamenti diagnostici, perchè non sono mai dannose. E, per soffermarmi alla *dieta*, dirò che mi sembrano infondati i timori di una soverchia denutrizione del malato. Si è saputo di medici che ottennero buoni risultati, in momenti di elevata mortalità ileotifica, alimentando i malati soltanto «*cum aqua fontis*» e senza medicine, per cui magnificarono gli effetti della dieta idrica. Io non credo necessario nè utile giungere a questi estremi, ma mi pare certo, e ne ho avute molte prove, che con una dieta esclusivamente liquida, si possa mantenere per lungo tempo un grado di nutrizione sufficiente, anche nella donna incinta. Stimo superfluo esporre le ragioni che consigliano tale dieta, la quale ha lo scopo di ridurre al minimo sia il lavoro digestivo che i processi putrefattivi intestinali. Utile corollario, la frequente *pulizia del cavo orale.*

Ho sempre attuata l'antipiresi fisica in modo precoce e con sufficiente intensità. Quantunque si sia voluto riconoscere all'alta temperatura una *vis medicatrix* (Pflüger, Maragliano, Ampugnani), io ritengo coi più che il mantenerla con mezzi innocui in limiti modesti sia compito utilissimo della terapia; nè credo si debba restare inattivi davanti a temperature moderate, le quali pure, per la lunga durata, possono produrre grave nocumento.

In alcuni aborti osservati in malate in cura di colleghi, mi sembrò talvolta che non si fosse data molta importanza a questo presidio terapeutico, e tale altra, che le prescrizioni mediche non fossero bene eseguite; accenno incidentalmente a questo fatto, perchè il confronto coi miei casi mi convince che le pratiche idriatiche esplichino, attraverso l'azione antitermica, una notevole efficacia antiabortiva. E' da notarsi che, specie nelle cure a domicilio, molte volte non basta dare ordini o consigli, ma, sia che si tratti di bagni, di impacchi, o di applicazioni di ghiaccio, è necessario fare eseguire di presenza e controllare gli effetti utili ottenuti, riguardo alla temperatura, al polso e al respiro; effetti che spesso dipendono da semplici particolari di tecnica, sui quali chi assiste il malato deve essere istruito.

Il consiglio deve essere nei primi giorni accompagnato dalla dimostrazione pratica. Con

una scelta opportuna dei mezzi fisici più adatti al caso speciale ed all'ambiente, o meglio, alternandoli fra loro, si riesce ad ottenere l'effetto voluto, senza disturbare troppo il malato.

Io ho sempre ridotto al minimo indispensabile, specie nelle gravide, la somministrazione di antipiretici chimici; 12 o 15 cgr. di piramidone dati al momento opportuno e non più di una volta al giorno, valsero spesso ad abbassare sufficientemente la temperatura, quando non bastavano i mezzi fisici.

L'oppio e i suoi derivati mi hanno servito nei casi di esagerata peristalsi; calmando i moti intestinali, agiscono indirettamente come preventivo contro l'*enterorragia*, la *perforazione* e forse anche contro l'aborto, per azione sedativa delle contrazioni uterine. Non affermo certo che con essi si raggiunga sempre lo scopo, ma in qualche caso è evidente il beneficio, come l'innocuità di tale trattamento. Ricordo a questo proposito il caso di una gravida alla quale, nell'acme di un tifo grave prescrissi alcune dosi di oppio di *2 cgr.* l'una; questa malata, per un errore nella preparazione delle cartine, prese nello spazio di 12 ore *gr. 0.60* di oppio, invece di *8 cgr.*. Si presentarono i fenomeni dell'intossicazione oppiacea, ma leggeri e di breve durata; fenomeni salienti furono, un *profondo sopore*, *l'anoressia*, un *aumento del meteorismo* e *l'arresto delle scariche;* il polso, già frequente e debole, non subì modificazioni sensibili. Questo involontario esperimento contribuirà, credo, a dimostrare che anche tifosi gravi possono sopportare notevole quantità di oppio e che, quando è indicata una terapia sedativa, si può ricorrere a detta sostanza nelle sue dosi normali, senza il timore di una soverchia azione deprimente.

Nelle *enterorragie copiose*, oltre ai soliti precetti (digiuno, immobilità, ghiaccio a permanenza sull'addome, ecc.) trovai efficaci, fra le varie medicazioni emostatiche, le iniezioni quotidiane o biquotidiane di 1 mmgr. di *adrenalina*, seguite dalla somministrazione *per os.* della soluzione al millesimo (20 goccie pro die).

Nei casi decorrenti con speciale *frequenza* e *debolezza di polso*, accompagnata o no da fatti congestivi delle basi polmonari, usai i *cardiostenici* per via orale e le iniezioni alternate di *canfora* e *caffeina*, le quali spesso mi diedero buoni effetti, anche praticate a lunghi intervalli (mattina e sera).

Boschi e *Dagnini*, in una relazione sulla epidemia influenzale del 1918 (Soc. Med. Chir. di Bologna, 17 aprile 1919) riferirono di non aver ottenuto alcun effetto utile sul polso, e sulla pressione arteriosa, nemmeno da alte dosi di canfora.

Lo studio accurato e metodico sugli influenzati e la qualità dei ricercatori non lasciano alcun dubbio in proposito. Nei tifosi io non ho condotto al riguardo ricerche sistematiche, ma ho avuto l'impressione che fosse riferibile tanto alla *canfora* che alla *caffeina*, alcune volte un discreto rinforzo dei battiti cardiaci; altre volte un' *azione di sostentamento*, tale che, ad es., un polso che in 2ª settimana raggiungeva i 140 al m', poteva superare tutto il periodo di fastigio, senza dar segni di un ulteriore indebolimento. Questo induce a ritenere che la tossina tifica, malgrado i sintomi, talora cospicui, di atonia cardiovascolare, non leda molto profondamente la funzione cardiaca nei casi ordinari.

Una specie di riprova, io l'avrei nel fatto, non infrequente, di individui affetti da precedenti lesioni valvolari, i quali superarono il tifo, senza che si determinassero fenomeni di scompenso.

Credo opportuno aggiungere però, che in otto casi di *collasso cardiaco*, susseguente a perforazione intestinale, io non ebbi beneficio sensibile dalle suddette iniezioni che in un solo caso che fu seguito da guarigione spontanea; negli altri sette, non vi fu modificazione, nemmeno transitoria, nello stato del polso.

Di altre complicazioni e relative cure non parlo, per non uscire troppo dall'argomento, e chiudo questo breve scritto traendone quelle conclusioni che possono interessare l'esercizio pratico, cioè:

1° Che la presenza dell'infezione tifosa in donne incinte non giustifica una prognosi eccessivamente grave per la madre e nemmeno per il feto.

2° Che essa deve suggerire al curante una maggiore sorveglianza e un più severo controllo dell'antipiresi fisica e delle norme igienico-dietetiche.

3° Che gli antipiretici chimici devono essere dati in piccola dose e solo in caso di vera necessità.

4° Che in alcune complicanze si possono ottenere buoni risultati con una adatta cura sintomatica.

Dopo di ciò, credo superfluo rilevare quanto sia lontana l'opportunità, da taluni ventilata, di una interruzione artificiale della gravidanza, a scopo terapeutico, nella febbre tifoide.

Sala Bolognese, maggio, 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA UNIVERSITÀ DI PALERMO
Direttore prof. LUIGI PHILIPPSON.

Un caso di paralisi progressiva coniugale

per il dott. LUIGI CACIOPPO, assistente ordinario.

Nel n. 12 degli *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* del 1921, il dott. Gilbert Pignet illustra un caso di paralisi progressiva coniugale, a sostegno della teoria di Levaditi e Marie sull'esistenza di 2 tipi di treponema, uno dermotropo ed uno neurotropo.

Già prima che Levaditi e Marie, basandosi sulle loro esperienze di inoculazione e di trasmissione del treponema proveniente da paralitici generali o del treponema di Truffi, ai conigli ed alle scimmie, venissero alle loro conclusioni fondandosi sui caratteri biologici delle 2 specie di treponemi risultanti dai successivi passaggi, sulle lesioni anatomiche macroscopiche e microscopiche determinate dagli stessi, parecchi AA. avevano pensato alla possibilità di una sifilide nervosa coniugale e familiare, come conseguenza dell'infezione alla stessa sorgente.

Marie et Beaussart, rendendo nota la statistica concernente gli ammalati osservati all'Asile Villejuif dal 907 al 912, citano 27 casi di sifilide nervosa coniugale, in 26 dei quali il marito era affetto da paralisi generale, e la moglie fu trovata affetta da paralisi generale già conclamata, o da segni precursori di paralisi o da tabe.

Gli stessi AA. riferiscono il caso di 2 gemelli contagiati dalla stessa donna e divenuti paralitici nello stesso tempo, e di 2 altri fratelli infettati dalla stessa donna, di cui uno divenne tabetico e l'altro paralitico.

Erb vide 5 uomini, non parenti, infettati dalla stessa donna, e che divennero paralitici o tabetici.

Babinski cita il caso di 2 studenti, contagiati di lue dalla stessa donna, e che divennero paralitici 15 anni dopo.

Morel Lavallée ricorda il caso di una donna che, un dopo l'altro, infetta di lue tre studenti in medicina, di cui il primo, di 22 anni, dopo 3 anni muore in seguito ad una meningite sifilitica, il secondo dopo 15 anni è internato a Charenton per paralisi generale, ed il terzo dopo 9 anni muore pure di paralisi generale.

Lo stesso A. menziona due altre osservazioni riferite da W. B. Goldsmith nel 1885; un marito e moglie contraggono la sifilide e sono affetti da paralisi generale 8 o 10 anni dopo.

Un uomo contrae la sifilide che trasmette alla moglie e ad una cognata di 16 anni: rispettivamente dopo 6, 8, 7 anni tutti e tre diventano paralitici.

Il Nonne nel suo trattato: *Syphilis und Nervensystem*, edito a Berlino nel 921, ricorda che Mönkemöller ha trovato in 741 casi di paralisi generale, 18 casi coniugali, ed Hübner in 450 spose paralitiche o tabetiche 14 casi in cui il marito era pure affetto da tabe o da paralisi.

Egli stesso osservò tre amici che dormirono la stessa notte con una donna pubblica; di essi uno divenne tabetico e due paralitici generali.

In questa Clinica, durante l'anno scolastico 1920-21, abbiamo avuto occasione di esaminare e seguire per parecchi mesi una donna affetta da paralisi generale, la cui storia riporto dettagliatamente, come contributo all'opinione dei 2 su menzionati AA.

F. Carolina, di a. 28, levatrice, da Patti. Nulla di notevole nel gentilizio ascendente e collaterale; genitori viventi e sani; un'unica sorella, di lei più piccola di tre anni gode ottima salute.

La F. nacque bene ed a termine; stette sempre bene nella prima e seconda infanzia; a 16 anni fu affetta da febbre malarica per due mesi circa. Mestruò a 14 anni, e, salvo qualche piccola irregolarità nella comparsa, è stata sempre ben regolata.

Sposò a 21 anni, nel 1915. Il marito aveva 23 anni, e da pochi mesi era stato congedato dal servizio militare, dopo aver fatto la guerra di Tripoli.

La F. dopo un anno dal matrimonio ebbe un aborto di 6 mesi; dopo due anni un altro di 4 mesi. Non ebbe gravidanze a termine.

Nel febbraio del 1917 il marito fu richiamato alle armi; per 14 mesi prestò servizio quale lavorante sarto al deposito del suo reggimento; dopo fu mandato al fronte dove continuò a lavorare da sarto. Intanto le sue condizioni di salute scadevano alquanto; per disturbi nervosi consistenti in un progressivo indebolimento delle facoltà mentali fu sottoposto a rassegna e riformato perchè affetto da paralisi generale progressiva.

Ritornato in famiglia stette per 3 mesi a casa, diventando ogni giorno sempre più privo del bene dell'intelletto; ma in seguito, sopraggiunte delle idee di persecuzione, fu internato al Manicomio di Messina, dove morì dopo 20 giorni di degenza.

Cercando di sapere dalla paziente e dai pa-

renti che l'accompagnano qualche notizia anamnestica più precisa sulla malattia del marito, non si riesce a conoscere niente, perchè mai nulla essi non conobbero sulla sua pregressa infezione luetica, avendo asserito all'epoca del matrimonio di avere goduto per lo innanzi sempre buona salute, e di non avere sofferto di malattie veneree.

In seguito alla morte del marito, avvenuta nel settembre 920, la F. cominciò anche lei ad accusare disturbi a carico del sistema nervoso e cioè: diminuzione della vista, facili vertigini che la facevano spesso cadere a terra, senso di peso all'epigastrio, formicolio agli arti, anoressia, diminuzione della memoria, inceppamento della parola.

Per tali disturbi la F., dopo circa un mese, ricorse alla nostra Clinica, e l'esame obbiettivo, eseguito il giorno 20 ottobre 1920, fece rilevare:

Individuo di sana e robusta costituzione fisica, con buona nutrizione e sanguificazione. Muscoli bene sviluppati e tonici; pannicolo adiposo abbondante. Non si palpano glandole ingrossate: qualcuna piccolissima si trova alle regioni latero-cervicali. Negativo riesce l'esame degli apparati respiratorio, circolatorio e digerente. Nessuna alterazione patologica a carico del sistema genitale; nelle urine nessun elemento patologico.

L'esame del sistema nervoso mostra normale la sensibilità tattile e dolorifica; conservato il senso muscolare e di pressione. Segno di Romberg assente.

Normali i riflessi cutanei e mucosi; conservato il riflesso pupillare, sia alla luce che all'accomodamento.

Esagerati i riflessi patellari: la percussione sul tendine del quadricipite determina clono della gamba. Nessun disturbo a carico dell'andatura.

Per quel che riguarda la parola parlata, si ha una notevole lentezza nella pronunzia delle parole che vengono quasi scandite, e che traduce la debolezza dei processi psichici superiori devoluti alla formazione ed alla coordinazione delle idee. Di tanto in tanto, nel corso dell'interrogatorio, si osserva disartria; certe sillabe non vengono bene pronunziate o sono addirittura soppresse.

Invitando la F. a scrivere a memoria qualche cosa che le è nota, interrompe qualche volta bruscamente il periodo per ricominciare daccapo; certe parole vengono scritte a metà; in qualcuna è saltata qualche sillaba.

L'ammalata, con visibile sforzo, riesce a raccontare le vicende della sua vita passata; volendole però far precisare delle date od eseguire dei calcoli, sbaglia facilmente e spesso.

Non ha idee deliranti, nè allucinazioni. La R. W. eseguita il giorno stesso del suo ingresso in Clinica, è stata fortemente positiva sia nel sangue, che nel liquido cerebro-spinale.

Posta la diagnosi di paralisi generale, la paziente fu subito sottoposta ad un trattamento endovenoso di neosalvarsan, eseguito molto cautamente, che ne migliorò le condizioni; la parola divenne più chiara, la vista si schiarì; persistette invece l'ottusità e la confusione della memoria. Interrotta la cura per 3 mesi, i disturbi si ripresentarono più accentuati, e risentirono meno l'influenza di un secondo turno di iniezioni endovenose di neosalvarsan.

Due iniezioni endorachidee di gr. 0.0005 di neosalvarsan furono dall'inferma mal tollerate; provocarono dei dolori e delle parestesie agli arti inferiori ed una accentuazione notevole della disartria.

Da allora la F. è stata sottoposta ad altre cure; ed oggi, a distanza di 16 mesi, dal principio del trattamento, le sue funzioni intellettuali sono migliorate; parla quasi correttamente, ma con lentezza; l'amnesia è diminuita, ed è possibile farle eseguire delle brevi letture o scrivere qualche periodo, senza commettere errori.

***

Eccoci in presenza di un caso di sifilide coniugale, nel quale i primi sintomi dell'infezione luetica si rilevano con i segni di una paralisi generale già avanzata.

Nel marito della F. che all'epoca del matrimonio, asseriva di essere stato sempre bene e di non avere sofferto di malattie veneree e sifilitiche, l'infezione luetica doveva essere o anteriore al matrimonio o quanto mai contratta nei primi mesi consecutivi allo stesso. E ciò possiamo dedurlo dal fatto che la F. fu subito da lui contagiata, perocchè essa che aveva goduto sempre buona salute, che discendeva da genitori sani, senza antecedenti sifilitici, rimasta incinta dopo un anno dal matrimonio, ha un primo aborto di 6 mesi, e consecutivamente un altro di 4 mesi.

Non soffrendo essa di nessuna affezione morbosa all'utero, non essendo intervenuta nessuna causa apprezzabile a determinare gli aborti, data anche l'epoca della gravidanza nella quale si verificarono, sesto e quarto mese, è naturale di pensare all'infezione sifilitica, come causa determinante degli stessi. E ciò nonostante che in essa nessuna manifesta-

zione, nè cutanea nè mucosa, nè nessun disturbo subbiettivo notevole, avesse mai richiamato l'attenzione su una possibile infezione sifilitica.

Il marito della F. dunque, affetto da sifilide latente, scoppiata la guerra italo-austriaca è richiamato alle armi. Per qualche tempo (14 mesi) egli è adibito quale lavorante sarto al deposito del suo reggimento, ma, dopo tale periodo, è mobilitato e mandato al fronte. Quivi non partecipa quale combattente alla campagna, ma continua a fare il sarto al reggimento, e vi resta 20 mesi.

Però le emozioni continue dovute ai frequenti bombardamenti, alle incessanti incursioni aeree, al timore di essere inviato da un giorno all'altro in prima linea, agiscono dannosamente sul suo sistema nervoso, già indubbiamente leso dall'infezione sifilitica, ed egli comincia ad accusare disturbi nervosi: facile esauribilità nel lavoro, cefalea, insonnia, diminuzione della memoria, disturbi della favella, tanto che mandato in osservazione e sottoposto a rassegna, è riformato perchè affetto da paralisi progressiva.

Tornato a casa vi resta 3 mesi non partecipando alla vita familiare e rimanendo, quale ebete, estraneo a tutto, e dopo, sopravvenute idee di persecuzione, è internato al manicomio di Messina dove muore, dopo soli venti giorni di degenza, in uno stato di profonda denutrizione.

In seguito alla morte del marito la F. che per tre mesi continui è stata costretta ad assistere, giorno per giorno, ora per ora, al suo sfacelo fisico ed intellettuale; la F. che l'aveva visto partire per la guerra sano e florido e tornare privo della luce della sua mente, scemo, comincia ad avere anche lei imponenti disturbi nervosi: facili vertigini che la fanno spesso cadere a terra, stanchezza, offuscamento della memoria, cefalea, inceppamento della parola: in breve anche in lei si stabilisce il quadro clinico della paralisi generale.

Nel marito e nella moglie dunque, d'emblée, in seguito a traumi psichici, emozioni della campagna nell'uno, dolore per la malattia e la morte del consorte nell'altra, si manifestano i segni di una paralisi generale progressiva.

Nell'uno non sappiamo di nessuna manifestazione anteriore, nè cutanea, nè mucosa dell'infezione sifilitica, nell'altra è esclusa qualunque manifestazione; presumibilmente nell'uno, indubbiamente nell'altra l'insorgenza dei fenomeni paralitici avviene a distanza di pochi anni dal contagio sifilitico.

E siccome oramai non esiste più nessun dubbio sul legame etiologico tra paralisi generale e sifilide, e siccome nella coppia F. sino al momento dell'inizio dei disturbi nervosi l'infezione sifilitica era rimasta — quasi certamente per quel che riguarda il marito — del tutto latente, è possibile pensare che, avvenuta l'infezione, il treponema, senza dare nessuna manifestazione esteriore, si è subito fissato sul sistema nervoso centrale.— E siccome, nella quasi totalità dei casi, il treponema, penetrato nell'organismo, produce primitivamente delle lesioni a carico degli organi periferici, glandole, pelle, mucose, per i quali ha una spiccata affinità, dobbiamo pur pensare che, nel caso nostro, l'infezione è avvenuta con spirochete ad azione elettiva sul sistema nervoso.

Il caso della coppia F. mi sembra quindi assai dimostrativo per l'ipotesi di Levaditi e Marie.

Palermo, febbraio 1922.

COMMENTI.

Ospedale Civile di Padova
Padiglione Giovanni Battista Da Monte
diretto dal prof. dott. Baldo Zaniboni.

Ancora della autolinfoterapia nella tubercolosi.

Baldo Zaniboni
Medico Primario del Riparto Tubercolosi dell'Ospitale Civile di Padova.

Chiamato direttamente in causa dalla lettera dell'egregio collega sig. dott. Ferrari (*Policlinico*, Sez. Pratica, fasc. 24, 1922) a proposito di una nota preventiva dei miei assistenti dottori Magro e Bottacin sulla autosiero o autolinfoterapia nella tubercolosi, credo doveroso rispondere in persona.

Siamo, anzitutto, grati all'egregio collega, i miei assistenti ed io, che egli ci creda in buona fede — (ed è la verità) — se, ignorando una sua breve nota del 19 maggio 1910 all'Accademia di Ferrara, non ne fu da noi tenuto il debito conto, dando a lui, per la tecnica da noi usata, quel merito di priorità, che veramente gli spetta.

Egli infatti afferma in detta nota di avere, in tre tubercolosi gravi, usato la tecnica delle iniezioni di siero di vescicante due anni prima che Lioy di Napoli proponesse lo stesso metodo per la cura della sifilide terziaria. Ma il limitato numero dei casi (tre in tutto e gravissimi) *non gli permise di trarre delle conclusioni utilizzabili nella pratica.* — Sono sue parole.

Poi il collega non ne parlò più e la sua geniale iniziativa rimase sepolta negli Annali dell'Accademia di Ferrara od in qualche riga di giornale medico dell'epoca; da ciò la nostra scusabile ignoranza della sua priorità. La nota dell'egregio collega, oltre la descrizione della tècnica non si diffonde in alcuna considerazione di ordine scientifico, e non mostra la sua ispirazione — se non andiamo errati — che dalla pratica notissima autosieroterapica dello Gilbert e di altri nella pleurite ed in certe asciti. Ben diverso fu invece il nostro punto di partenza: scoraggiati dai ripetuti, negativi risultati dell'uso delle tubercoline, dei sieri, dei vaccini antitubercolari, dovuti forse alla estrema labilità del bacillo tubercolare — dimostrata anche dalle ultime ricerche del Sanfelice e da quelle del Pestalozza sullo studio della tubercolosi negli animali a sangue freddo — perseguendo concetti sierologici modernissimi, andando alla ricerca di una immunità attiva con mezzi tutt'affatto proprii all'ammalato in cura «antigene autogeno», al metodo da noi ultimamente usato (sia pure uguale a quello del collega), siamo arrivati per tentativi diversi, che, nelle loro successive mutazioni, dimostrano l'evoluzione del nostro pensiero terapeutico. Prima si estraeva il sangue dalle vene, si sierava con i metodi soliti di laboratorio e con le dovute cautele si iniettava sottocute: ed ecco la autosieroterapia. Poi, essendo questa una tecnica complicata e non di facile applicazione per il medico pratico, e d'altronde essendo noto da ricerche di laboratorio che, la maggior quantità di antigene si trova nei leucociti del sangue, si tentò, per alquanto tempo, di sollevare una bolla cutanea, prima applicando un dischetto di garza imbevuta di HgCl al 2 %, poi di ammoniaca e finalmente con dischetti di tela cantaridata (C. Erba) fortemente spalmati di tintura di jodio: ecco che, per ragioni citologiche ben note, non più autosieroterapia si disse il metodo, come poteva dirsi quello alla Gilbert, ma autolinfoterapia, come giustamente fu detto da altri autori, per cure con metodi simili in malattie diverse (reumatismo poliarticolare, ecc.) nè sappiamo come c'entri in questo la morfologia del De Giovanni, ironicamente citata dal collega. A dare poi alla cura il mio nome modesto non fui certo io, nè tampoco furono i miei assistenti, ma il chiarissimo prof. Truzzi che — ignorando esso pure la comunicazione del Ferrari — usò il metodo in casi di tubercolosi degli annessi e ne riferì al Congresso di Trieste (*Policlinico*, Sez. Pratica, fasc. 50, 1921).

Ultimamente poi, mentre i miei assistenti rivedevano le bozze del lavoro, comparve una comunicazione del prof. De Michele all'ultimo congresso di Medicina Interna di Napoli (*Riv. Med.*, n. 1, 1921, pag. 8), passata inosservata al collega Ferrari (vedi com'è facile sfuggano anche le cose recenti anche se comunicate ai congressi più autorevoli!) e che accennava allo stesso metodo di cura nella tubercolosi. Siccome però per cose di così poca importanza non parmi valga la pena di sollevare fiere quistioni di priorità, riconosco ben volentieri, che, la tecnica ultima alla quale sono pervenuto per tentativi è simile a quella del collega, ed affermando sulla mia fede di galantuomo, che non gli ho rubato il metodo perchè non lo conoscevo, ma vi sono arrivato da me per le considerazioni scientifiche suesposte e ampliamente chiarite dai miei assistenti, mi auguro che il collega, aggiungendo un largo contributo di casi curabili ai tre casi gravi da lui pubblicati quasi 12 anni fa, senza poterne trarre conclusioni attendibili — sono sue parole — voglia — come abbiamo fatto noi su parecchie centinaia di malati — dimostrare i buoni risultati della cura nei casi iniziali.

Avrà aggiunto così, al merito della geniale iniziativa il conforto di aver portato, come noi, un sorriso di speranza a tanti sofferenti.

Sulla diplopia volontaria.

A proposito della nota del dott. O. Balduzzi sulla *diplopia volontaria* (fascicolo 29, Sez. Prat.), credo opportuno informare il collega che anche a me è possibile, fin dall'infanzia, duplicare la visione degli oggetti, vicini e lontani, con la contrazione isolata del muscolo retto interno del mio occhio destro: l'immagine falsa si distacca dalla vera spostandosi in senso orizzontale e verso l'esterno (destra).

A provocare questa diplopia non è necessaria alcuna rotazione del capo e la durata è volontariamente regolabile, residuando leggero senso di stanchezza se eccessivamente protratta.

Tranne un lieve grado di miopia, non ho mai avuto alcun disturbo della funzione visiva e dell'innervazione oculare.

Aggiungo che mi è anche perfettamente possibile contrarre separatamente i muscoli frontali, a cui è fatto cenno nella nota citata.

Matera, luglio 1922.

Dott. ANTONIO GUERRICCHIO.

LEZIONI.

Sulla patogenesi della cirrosi epatica

(F. CHVOSTEK. *Wiener klinische Wochenschrift*, XXXV, n. 17-18 del 27 aprile e 4 maggio 1922).

Il quadro clinico della cirrosi epatica non ha avuto, secondo l'A., dopo le chiare magistrali descrizioni dei vecchi clinici nessun notevole arricchimento dalle osservazioni degli ultimi decenni e la patogenesi rimasta oscura, è arrivata ad un punto morto. Perchè?

Anzitutto è l'anatomia patologica che ha da tempo concentrato i suoi sforzi sulla questione se la proliferazione del tessuto connettivale sia nella cirrosi epatica, un processo primario o secondario.

In secondo luogo, il largo uso degli esperimenti sugli animali (che nella cirrosi non sono riusciti) ha fatto per un certo tempo dimenticare il fattore individuale e tutto quell'assieme di momenti che determinano la « costituzione ».

Ora secondo l'A. la cirrosi epatica è una malattia costituzionale, che durante il prevalere di tali correnti non poteva essere giustamente valutata, tanto più che si credeva trattarsi di una malattia esclusivamente epatica.

Per la definizione l'A. s'appoggia a quella di Laennec, intendendo per cirrosi « un indurimento del fegato da prolificazione massiva del tessuto interstiziale, con cambiamenti di più o meno alto grado del parenchima; in cui si osserva accanto ad una distruzione di tessuto epatico una neoformazione dello stesso ».

Delle divisioni fatte delle diverse forme a seconda del prevalere di uno o dell'altro elemento oppure di un determinato fattore etiologico l'A. fa un accenno, osservando che per lui si tratta di una forma unica di cirrosi, in cui si possono distinguere due sottospecie: le cirrosi senza ittero (sul tipo di quella di Laennec o atrofica) e le cirrosi con ittero. A queste andrebbe aggiunta quella di Hanot, malattia rarissima nel paese dell'A., a etiologia molto oscura ed a quadro anatomico speciale; notando che da alcuni si dubita se questa forma sia una cirrosi. Indecisa è la posizione del morbo di Banti.... piuttosto che di una malattia a sè l'A. crede si tratti di una solita cirrosi atrofica con notevoli precoci modificazioni della milza. Va esclusa la cosidetta cirrosi cardiaca.

Per studiare sotto quali condizioni si venga ad una modificazione cirrotica del fegato l'A. si attiene alla forma più nota cioè alla atrofica.

Secondo l'A. non è sempre primaria la modificazione del parenchima e secondaria la proliferazione interstiziale, ma talvolta questa è primaria o contemporanea alla degenerazione del parenchima.

L'A. non può esprimersi sulla malaria come momento etiologico; crede che la tubercolosi non sia da mettersi in nesso causale colla cirrosi e ciò per la frequenza della tbc e perchè la tbc si manifesta in stadi avanzati della cirrosi. Le relazioni comuni tra tubercolosi e cirrosi, come per la gotta e per il diabete, sarebbero date da una abnorme disposizione somatica.

L'A. è decisamente contrario a dare troppo larga parte all'alcoolismo della cirrosi, osservando che l'alcoolismo è molto diffuso e la cirrosi rara, che l'esperimento sugli animali non è riuscito, che vi è cirrosi in astemi e che p. e. Jagic in 151 casi di psicosi da alcool non trovò che in 14.6 % cirrosi epatiche. L'acool attaccando ora il rene, ora il sistema cardio vascolare, ora il sistema nervoso determina un effetto che dipende pure dallo stato dell'organo colpito.

Il fatto essenziale deve dunque risiedere nell'organismo del malato, la cui costituzione somatica è decisiva.

La importanza di questo momento è praticamente riconosciuta quando p. e. si prevede il futuro di un bambino neuropatico o di una fanciulla con ipogenitalismo. Di questa si sa p. e. che le sue mestruazioni comincieranno tardi e saranno accompagnate da disturbi, che la eventuale concezione avverrà dopo un lungo periodo e che il climaterio sarà precoce.

Qualche volta è difficile stabilire se la disposizione somatica sia congenita o acquisita, di solito però l'ereditarietà risolve il dubbio. Nella cirrosi, in cui il tenore di vita ed il momento determinante (alcool, sifilide) hanno valore, non si potè stabilire una ereditarietà; ma notare che la cirrosi è frequente in costituzioni diabetiche, gottose, polisarciche in combinazione col reumatismo articolare (fatto già notato da Charcot) e col cancro.

Notevole pure il fatto che il 90 % dei casi si manifesta tra i 40 e 50 anni, in un'età cioè in cui per le modificazioni portate dal cessare del primato delle glandole genitali e da altri fenomeni, una costituzione abnorme o labile risente gravi danni.

L'A. richiama sopratutto l'attenzione sul fatto che costantemente si trovano nei cirrotici stigmate degenerative come segni di processi abnormi di sviluppo, e si rende facile la dimostrazione con un lungo elenco di segni di degenerazioni da ricercarsi nel gentilizio e nel paziente stesso; tra questi mette p. e. la mio-

pia precoce, il piede piatto, certe forme delle orecchie, anomalie nella disposizione dei peli, il fatto di essere monoattitudinario, il contegno impulsivo e nota infine che è indifferente se si riscontrano più o meno stigmate, dato che queste non sono patognomoniche, ma solo segni di degenerazione.

La frequenza di tali segni anche in sani fa concludere l'A. che la degenerazione è frequentissima.

L'alcoolismo è fatto rientrare dall'A. nei segni di degenerazione.

Ad ogni modo sono notevoli le osservazioni riportate dal Biach che ha riscontrato il Babinski in cirrotici senza modificazioni del sistema nervoso quelle di Lereboullet, Falta, Guadri, Kolff di cirrosi in individui giovani con ritardo di sviluppo.

Al tavolo anatomico hanno trovato modificazioni Goldzieber dell'ipofisi e della tiroide, Goldzieber, Kyrle e Weichselbaum delle glandole genitali, fatti questi in cui l'A. vede altre prove di una costituzione anormale.

Le modificazioni della milza, del pancreas, della tiroide, la abbastanza frequente polisierosite plastica dei cirrotici sarebbero non complicanze ma fatti coordinati ad una tendenza a proliferazione connettivale in organi diversi cioè ad una *diatesi connettivale*.

L'alcoolismo e la sifilide sono dunque bensì i fattori che determinano più spesso la cirrosi, ma questa non si può comprendere senza diatesi connettivale. Ciò è evidente nei casi in cui non si può dimostrare nessuno dei soliti momenti etiologici.

Si può dunque riconoscere questa diatesi e sapere che si verrà ad una cirrosi, dopo constatate le stigmate degenerative? No, perchè tali stigmate si trovano in altre malattie come diabete, gotta, polisarcia, psicosi, clorosi.

Solo le anomalie della disposizione e sviluppo dei peli sono costanti nella cirrosi. La mancanza di peli sul torace è per l'A. una anomalia così frequente nei cirrotici, da farlo dubitare della diagnosi di cirrosi in soggetti col torso peloso.

La diatesi connettivale stessa è per l'A. un fenomeno parziale di costituzione somatica degenerativa.

D'altro canto nell'età adulta, vi è una tendenza alla sostituzione di tessuto logoro con altro di meno valore, tanto che entro certi limiti si può parlare di diatesi connettivale fisiologica.

L'A. non accetta le ipotesi splenogeniche o pancreatogeniche della cirrosi o le teorie di Bluchröder e di Egidi, che la considerano come una malattia del sangue e ne fa la critica. È indifferente quale veleno agisca sull'organismo; l'importante è la reazione abnorme del fegato.

Dal punto di vista clinico si può osservare, benchè raramente, uno stadio precirrotico in cui non si riscontra che un fegato grande un po' duro, che non si modifica talvolta per anni e che può persino, cessando lo stimolo (alcool), tornare allo stato normale.

Di solito questo stadio dura pochissimo ed allora si hanno i danni al parenchima, per lo più secondari alla proliferazione abnorme del connettivo. Qualche volta sono primarie le modificazioni del pancreas o della milza e secondarie quelle del fegato. Infine si viene al disturbo nella circolazione portale, che dà la impronta alla malattia.

I disturbi alle sierose non sono secondo l'A. secondari e p. e. la resistenza del peritoneo non è diminuita dal disturbo della circolazione portale o dall'agente tossico ma si tratterebbe di una vulnerabilità del sistema linfatico segno di abnorme costituzione.

Il costituirsi o meno dell'ascite è dato dallo stato delle vie collaterali alla porta e non solo da un semplice processo di filtrazione ma da fenomeni vitali degli endoteli vasali e del riassorbimento nelle vie linfatiche, dati dalla abnorme costituzione.

Delle cirrosi con ittero, la cosiddetta cirrosi biliare sarebbe data da una occlusione delle vie biliari in soggetti con diatesi connettivale. L'importanza del momento costituzionale è dimostrata dal fatto che si hanno frequenti casi di occlusione biliari e relativamente pochi di cirrosi biliare.

L'A. mantiene per riguardi storici il nome di cirrosi ipertrofica con ittero. In questa avrebbe più importanza la sifilide (l'A. vide casi guariti con cura antiluetica) che l'alcool e l'occlusione non sarebbe completa. La milza avrebbe una grande importanza, che verrà messa in chiaro dagli ulteriori studi sugli itteri emolitici. L'importanza del momento costituzionale verrebbe dimostrato dall'età giovanile dei soggetti, dalla frequente polisierosite fibroplastica concomitante e dalla mancanza di un sicuro fattore etiologico. La colangite, se anche venisse dimostrata in tutti i casi, non li spiegherebbe, perchè non sempre dà tali proliferazioni connettivali e tali modificazioni della milza.

L'a. non vide che un caso di cirrosi di Hanot, confermato dal reperto anatomopatologico, ed è incerto sulla posizione da dare a questa sindrome.

Così tutti i casi pervenutigli colla diagnosi « morbo di Banti » erano per l'A. delle cirrosi epatiche. L'A. stesso non fece mai tale diagnosi e ritiene come si è detto, che i casi che vanno sotto tale nome sieno delle cirrosi in soggetti giovani, con modificazioni primarie della milza e con particolari qualità del midollo delle ossa. BANISSONI.

SUNTI E RASSEGNE.

EMATOLOGIA.

Le malattie del sangue ed i tumori.

(HANS HIRSCHFELD. *Archivos de medic., cir. y especialid*, n. 51. Madrid, 1922).

Fra le malattie del sangue ve ne è un gruppo che merita una considerazione speciale per il loro carattere tumorale chiaro sia durante la vita che all'autopsia. È il gruppo dei processi sistematici, generalizzati, iperplastici, dell'apparato emopoietico. Orth propose per tali affezioni, il nome di « emoblastosi ».

Molto si è discusso se tutte le emoblastosi, o per lo meno alcune, appartengono o non ai tumori maligni: alcuni AA. si sono pronunciati contro, altri in favore. È certo che il dato anatomico, mancandoci quello etiologico, ci può condurre in errore; ricorderemo come Wirchow, basandosi sui dati anatomici, differenziava la scrofola dalla tubercolosi, ed includeva la tisi perlata fra i tumori. Così oggi per risolvere la questione delle emoblastosi, siamo costretti a fissarci esclusivamente sulla genesi morfologica di tali affezioni, a valerci cioè dello studio della istogenesi, della diffusione nell'organismo, dei rapporti con gli organi vicini, specie con i vasi sanguigni: di qui le grandi divergenze circa la natura di tali infermità.

Dividiamo le emoblastosi in due grandi gruppi, secondo la loro composizione cellulare e secondo la loro istogenesi. Nel primo gruppo abbiamo malattie sistematiche dell'apparato emopoietico, nelle quali si incontra una proliferazione delle cellule di detti organi, cioè dei globuli rossi o dei globuli bianchi. Nel secondo gruppo comprendiamo quelle affezioni nelle quali il punto di partenza è lo stroma. Appartengono alle malattie del parenchima emopoietico anzitutto quelle nelle quali si ha una proliferazione del sistema dei leucoblasti: in primo luogo le leucemie quindi le subleucemie e le aleucemie, nelle quali non si ha aumento del numero dei globuli bianchi.

In opposizione a queste proliferazioni più o meno generalizzate del sistema dei leucoblasti, per le quali benissimo si adatta la denominazione data dall'Ellermann, di « leucosi », abbiamo un altro gruppo per il quale l'A. propone il nome di « leucoblastomi », nel quale la proliferazione leucocitaria è limitata a determinate parti degli organi emopoietici.

Queste neoformazioni presentano un andamento particolarmente maligno: possono determinare vere metastasi per via sanguigna, e quasi mai dànno luogo al quadro della leucemia nel sangue; vi appartengono i linfosarcomi ed i mielomi multipli. Occorre ricordare che quasi tutti gli AA. includono queste malattie fra i tumori maligni, come veri blastomi degli organi emopoietici.

In terzo luogo è opportuno includere nelle malattie parenchimatose degli organi ematopoietici, la policitemia del Vaquez, nella quale si incontra una iperplasia enorme del midollo rosso con partecipazione a preferenza degli eritroblasti. Türk crede che si tratti di una alterazione della parte eritroblastica del parenchima mieloide, perfettamente analoga alla leucemia mieloide. Ad essa conviene perciò il nome di « eritremia » di contro alle « eritrocitosi » o policitemie sintomatiche. In favore del Türk parla il fatto che talora, accanto alla proliferazione degli eritrociti, si incontrò anche una proliferazione considerevole dei leucociti, con presenza di mielociti giovani, ed anche le osservazioni di « eritroleucocitemie » nelle quali si apprezzò la transizione da una vera policitemia ad una anemia con mielemia. Ricorderemo che in questa affezione non vi è alcun sintoma che ricordi una emoblastosi, se non l'infarto della milza, il quale d'altra parte può mancare.

Nel secondo gruppo delle emoblastosi i cui neoplasmi hanno come punto di partenza lo stroma dell'apparato ematopoietico, possiamo distinguere dei sottogruppi: Il primo comprende i veri blastomi multipli di questi organi, cioè i sarcomi multipli e gli endoteliomi, che si presentano tanto nel midollo osseo che nel sistema linfatico e nella milza, talora in tutti questi organi insieme. Nessuno dubita della loro natura di tumori veri, nè quindi di ciò si occupa l'A. Ma è utile indagare se essi sono in realtà primitivamente multipli o se si producono per via di metastasi, e in quest'ultimo caso perchè le cellule, portate dal torrente circolatorio, si fissano solo nell'apparato emopoietico, talora solo in parti determinate di esso, per es. in tutte le ossa, in tutti o quasi tutti i gangli linfatici. È da avvertire che vi sono tumori metastatici multipli dell'apparato linfatico e del sistema scheletrico, che mol-

te volte creano difficoltà alla diagnosi clinica e talora anche a quella istopatologica, perchè i tumori primitivi sono tanto piccoli che sfuggono anche all'autopsia. Così sono stati descritti tumori multipli metastatici del sistema scheletrico, nei quali il tumore primitivo si trovava nella prostata, e non fu scoperto che all'esame microscopico di essa.

Il secondo sottogruppo delle emoblastosi, che hanno il loro punto di partenza dallo stroma, comprende le malattie che oggi si raggruppano sotto il nome di granulomatosi. Sono queste, iperplasie multiple del sistema linfatico, dipendenti da un processo infiammatorio cronico. Attualmente si dividono in tre gruppi: granulomi tubercolari, granulomi sifilitici, linfogranulomatosi. È chiaro che i granulomi tubercolari ed i granulomi sifilitici nulla hanno a che fare con i veri tumori; d'altra parte molti autori difendono il vero carattere tumorale dei linfogranulomi. Però, poichè il tessuto proliferante è veramente granulomatoso, non si può sostenere la natura tumorale del linfogranuloma. Le neoplasie linfogranulomatose, constano di fibroblasti, cellule epitelioidi e cellule giganti particolari, di cellule eosinofile molto numerose, e molte volte di mastzellen. Quando questa proliferazione è durata un tempo sufficiente, si producono delle necrosi e più tardi un induramento connettivale. Così si spiega che dapprincipio i gangli sono molli, poi, quando la malattia dura a lungo, acquistano una durezza straordinaria. Nulla di sicuro si sa circa la etiologia; combattuta è l'ipotesi del bacillo della tubercolosi, o di una sottospecie dello stesso: così minori partigiani ha il concetto di alcuni autori americani attribuenti al « corynebacterium hodgkinii » l'etiologia della malattia in questione. Dunque le linfogranulomatosi solo nel loro aspetto esterno somigliano ai tumori, ed in realtà sono neoplasie infiammatorie croniche. Vediamo ora fino a qual punto le lesioni del parenchima dell'apparato ematopoietico appartengono ai tumori veri o no. Per quanto riguarda le leucosi, la base anatomica è una iperplasia generalizzata del tessuto linfoadenoideo o del mieloide nell'organismo, con sintomi simultanei di leucemia o senza. Con Aschoff e Schridd, oggi parliamo di linfoadenosi leucemiche o aleucemiche (subleucemiche), e di mielosi leucemiche e subleucemiche, antiche leucemie e pseudoleucemie linfoidi e mieloidi.

In tali malattie la prima cosa che fa pensare alla natura tumorale, a parte i grandi tumori che si trovano nei gangli linfatici e nella milza, sono le localizzazioni leucemiche che possono riscontrarsi in tutti gli organi, e considerate come metastasi (Wirchow, Ehrlich). Ora le localizzazioni multiple delle mielosi nei diversi organi sono considerate come dovute alla medesima causa nociva, sconosciuta, che dà luogo alla iperplasia del tessuto linfoadenoideo negli organi ematopoietici. Lo stesso vale per le linfoadenosi. Il Ribbert ha strenuamente difesa la natura tumorale delle leucosi, considerandole come tumori delle cellule rotonde, affermando che gli elementi degli organi ematopoietici si trovano indiscutibilmente nelle stesse condizioni per formare tumori, degli altri elementi cellulari. Banti include le leucemie linfoidi e mieloidi fra i tumori maligni: secondo Banti la leucemia linfatica è una sarcomatosi mieloide sistematizzata, e i leucociti che circolano nel sangue sono cellule neoplastiche che passano nel sangue. Il concetto che le leucemie siano dei veri tumori del sistema ematopoietico, ha certo molto di attraente, però molte sono le deficienze di questa teoria. Le leucemie colpiscono infatti contemporaneamente tutto il sistema linfatico, o, per lo meno, una gran porzione di esso. L'idea delle metastasi non basta per spiegare i noduli nei vari organi; inoltre le leucemie mancano di una proprietà dei tumori maligni, cioè della tendenza alla ulcerazione ed alla distruzione: a ciò fanno eccezione i tumori leucemici delle mucose nei casi acuti, ed in alcuni rari casi i tumori leucemici della pelle. I veri tumori si sviluppano a partire da una sola cellula, invece nella leucemia si ritrova una proliferazione diffusa, enorme di tutto il sistema leucoblastico. Esiste però un gruppo di vere leucemie molto vicine ai tumori maligni, e con tendenza all'accrescimento infiltrativo, così si può avere tendenza infiltrativa specialmente nella leucemia linfatica e nella linfoadenosi subleucemica, con infiltrazione dei muscoli, con compressione dei nervi e dei vasi. È comune chiamare questi casi linfosarcomi o linfosarcomatosi: però i veri linfosarcomi si comportano in maniera ben differente. Pappenheim ha proposto di chiamare questi casi di transizione « sarcoleucemie »; se non lo avesse dato Sternberg ad un'altra affezione, era opportuno chiamarle « leucosarcomatosi », nome dato dallo Sternberg ad un'affezione, generalmente acuta, del sistema linfatico che interpreta come proliferazione atipica dello stesso quadro leucemoide ematologico, e che non è nè una leucemia linfatica, nè un sarcoma. Il criterio di Sternberg, il quale pretendeva di separare la leucosarcomatosi dalle altre malattie perchè

non costituiva un processo iperplastico puro, è stato rifiutato da tutti; di modo che, la leucosarcomatosi di Sternberg, non sembra essere se non una forma generalmente acuta, rare volte cronica, della leucemia linfatica, che si differenzia dalle altre leucemie linfatiche, per uno sviluppo generalmente maligno in una o più regioni.

Altro processo molto interessante e che prima si metteva fra i tumori, è il cloroma, i cui casi classici mostrano l'aspetto di tumori anche all'autopsia. Particolari sono i cloromi cranici: capita, per es., che senza causa apparente si produca un esoftalmo unilaterale o bilaterale, poscia si presentano disturbi visivi; sono i tumori che si sviluppano dal periostio dell'orbita; se si sviluppano nella squamma del temporale, dànno luogo a deformità caratteristiche della testa, ecc. Le proliferazioni cloromatose possono riscontrarsi anche nel periostio delle vertebre. Accanto a questi tumori ritroviamo tumefazioni della milza e dei gruppi gangliari, come in tutte le malattie leucemiche; il quadro ematologico è leucemico o subleucemico tipico; il decorso è acuto. Alcuni casi non si differenziano in modo alcuno dalle comuni leucemie, ed il solo dato è il colore verde che si riscontra all'autopsia. Le cloroleucemie non sono dunque che sottospecie delle leucemie.

Differente è la questione dei linfosarcomi: secondo il Kundrat, i linfosarcomi sono iperplasie del tessuto linfatico che si differenziano dalle altre iperplasie istologicamente identiche, per l'accrescimento anatomico evidentemente maligno; i linfosarcomi sono molto affini ai cosidetti linfomi pseudoleucemici, cioè alle linfoadenosi subleucemiche.

Recentemente Türk ha richiamato l'attenzione sul fatto che al contrario delle linfoadenosi, i linfosarcomi sogliono accompagnarsi a linfopenia e talora a leucocitosi. Basandosi sulle ricerche del Ribbert, Naegeli pensa che il linfosarcoma sia una sottospecie biologica di un'adenopatia, e che vanno differenziati dalle linfoadenosi. Così pure per Ghon e Roman i linfosarcomi sono veri tumori maligni del sistema linfatico. Con le nuove vedute del Ribbert, Ghon e Roman, del Türk, del Naegeli, la dottrina del linfosarcoma ci dà dei precisi caratteri per differenziarli dalle linfoadenosi: i linfosarcomi non sono semplici linfoadenosi nelle quali per caso uno o più punti dell'organismo presentano un'attività proliferativa molto marcata e malignità anatomica, come avevano supposto il Kundrat e molti altri, ma veri blastomi del tessuto linfoadenoideo, con istogenesi e propagazione ben differente. Il linfosarcoma può comparire in qualsiasi parte dell'organismo ove siano gangli linfatici od apparati linfatici, come ad es., nella milza. La porta più frequente d'ingresso sembra esser l'apparato digestivo: amigdale palatine, follicoli linguali, faringe, poi con sviluppo molto rapido invadono la mucosa gastrica ed intestinale.

I mielomi multipli debbono includersi fra i veri tumori del parenchima del tessuto osseo. Questa particolare infermità si manifesta con numerosi noduli circoscritti diffusi nel midollo di tutto lo scheletro: possono invadere la sostanza compatta e perforarla, e dar luogo a metastasi per via sanguigna; tranne alcuni rari casi in cui furono constatate cellule miste, essi constano di una sola specie di cellule, così abbiamo mieloblastomielomi, mielocitomielomi, plasmazellenmielomi, linfocitomielomi. È da notare che non sono state notate alterazioni del quadro ematologico.

Date le eccezioni descritte, dobbiamo concludere che i linfosarcomi ed i mielomi multipli sono veri blastomi dell'apparato leucoblastico, senza negare le loro relazioni intime con le malattie sistematizzate iperplasiche pure, con le leucosi. MONTELEONE.

Gli anticoagulanti.

(I. P. LANGLOIS e L. BINET. *Presse Méd.*, 10 giugno 1922).

Gli AA. passano in rassegna l'incoagulabilità sanguigna ottenuta con certi nucleoproteidi, con l'acido nucleinico, col citrato sodico, con gli arsenobenzoli, e l'ipocoagulabilità secondaria tardiva dopo iniezioni di siero.

Il peptone, iniettato nelle vene, determina la formazione di antitrombina a livello del fegato: in vitro è inattivo. Azione simile hanno la atropina, la iasciamina, la morfina, e talvolta la codeina, se iniettate in una vena meseraica o nel coledoco del cane. La bile e i sali biliari sono attivi a piccola dose per iniezione nelle vene meseraiche, e a dose molto più forte anche in vitro. Il sangue embrionale è poco coagulabile perchè ricco di bile.

Orbene, l'antitrombina è un nucleoproteide, e si può precipitare con acido acetico dal plasma di sangue reso incoagulabile col peptone, dealbuminato al calore. L'antitrombina è attiva in vitro; contiene il 3 % di fosforo; si scioglie in deboli soluzioni alcaline; secca resiste a 105°. Preesiste nel fegato, e in generale in tutti i tessuti ricchi di nuclei, donde si può estrarre con l'autolisi, con la dialisi cloroformica, con l'autoclave.

L'acido nucleinico è un anticoagulante in

vitro e in vivo, come è facile dimostrare nelle rane: esso è il costituente fosforato dei nucleoproteidi, al quale sembra legata l'azione anticoagulante.

Gli AA. deducono che esiste una vera secrezione interna di origine nucleare, che sarebbe la base del meccanismo regolatore della fluidità del sangue.

Il citrato sodico impedisce la coagulazione perchè immobilizza il calcio (L. Sabattani), ma il sangue conserva intatte in qualità e quantità le sue sostanze coagulanti. Il citrato sodico ha una scarsissima tossicità, quindi è molto usato nella trasfusione. Non altera affatto la viscosità e pochissimo il Δ, lascia intatte e mobili le globuline, l'attività dei leucociti non ne è diminuita.

Nel sangue citratato non si osserva emolisi. e solo pochissime emazie si vedono fessurate; la funzione respiratoria delle emazie non è apprezzabilmente alterata.

I composti arsenicali organici, anche a dose minima (1 a 10,000) ritardano di molto la coagulazione, in vitro e in vivo. Si può così ottenere, per sedimentazione, un plasma limpido, nel quale le globuline sono libere, e non agglutinate come nel sangue reso incoagulabile col peptone.

Launoy, praticata nel coniglio un'iniezione endovenosa di 65 centig. di novarsenobenzolo, trovò dopo 5 minuti un ritardo di coagulazione di 28', dopo 15 minuti un ritardo di 23', dopo un'ora di 17'.

Flaudin, Tzanck e Roberti hanno anzi proposto un nuovo metodo di trasfusione mercè i composti arsenicali: diluiscono 6 centigr. di sulfarsenol in 3 cc. d'acqua distillata: con essa umettano la parete interna di un bicchiere graduato sterile da 250 cc., un agitatore, nonchè due siringhe di vetro, sterili, asciutte, e i relativi aghi; quindi gettano l'eccesso di soluzione arsenicale.

Con uno degli aghi estraggono dalla vena del donatore 150 cc. di sangue che raccolgono nel bicchiere, rimescolano con l'agitatore, indi infisso l'ago nella vena del ricettore vi iniettano il sangue con le due siringhe alternativamente.

Dopo l'iniezione sottocutanea di siero normale di cavallo nell'uomo. a partire dalla 1ª ora e per 24-48 ore il tempo di coagulazione è ridotto alla metà; ma dopo il 4° o 5° giorno si ha invece una diminuzione della coagulabilità.

Queste fasi si ripetono rinnovando le iniezioni di siero ogni 8-10 giorni: l'ipocoagulabilità è massima in presenza di reazioni seriche (termica, cutanea, articolare, urinaria), ma si presenta anche all'infuori di esse, e può essere accompagnata da macchie di porpora: è sempre associata ad ipotensione arteriosa.

DORIA.

Cellule del Bizzozero o Megacariociti di Howel. - Piastrine.

(R. MARCHESINI. *Haematologica.* vol. III, fascicolo III, 1922).

Dalle esperienze fatte su animali da laboratorio (con iniezione di blastomiceti alle femorali di un cane; con iniezioni ripetute di sangue defibrinato alla vena dell'orecchio del coniglio; come con iniezioni ripetute pure nella vena dell'orecchio di coniglio con soluzione di carminio), avrebbe potuto mettere in evidenza, studiando poi i midolli delle ossa di detti animali, la funzione prettamente fagocitaria dei megacariociti.

La fagocitosi l'avrebbe osservata sotto due punti di vista; cioè, negli animali, a cui sarebbe stato iniettato sangue defibrinato, le cellule del Bizzozero (megacariociti), mediante le ciglia di cui si mostrano provvedute, esplicarebbero una specie di rastellamento a ridosso delle emazie che le circondano, includendone così alcune che verrebbero poi a formare, per successive inclusioni, le striature concentriche al nucleo che si osservano in alcune di esse, e distruggendo le altre, che, non potendo essere incluse, formerebbero in vicinanza della cellula (megacariocito) ciò che gli autori descrivono sotto il nome di *campeggiamento.* A riprova di ciò dimostra che simile campeggiamento è riscontrabile nel sangue in circolo, in varie forme di malattie, a contatto anche di emoistioblasti la cui funzione fagocitaria pare accertata. Qualora le cellule del midollo vengano stimolate con sostanze eterogenee, come con iniezione di blastomiceti e di carminio, allora le cellule del Bizzozero (megacariociti) palesano la loro funzione fagocitaria alla maniera comune dei fagociti, includendo cioè gli elementi estranei unitamente a cellule leucocitarie, e la riprova della loro attività fagocitaria, oltre che dalle parti incluse, viene dimostrata dalle forme che assume il nucleo dislocandosi e segmentandosi in parti secondarie, e circondando, unitamente a porzioni di protoplasma, le parti incluse.

Richiama pure l'altro suo lavoro, già stampato nel giornale il Policlinico, sulla *Piastrinosi,* dove veniva a dimostrare che nel sangue debbono considerarsi tre qualità di cellule rosse in rapporto alla loro resistenza e cioè: emazie *labili, semilabili, stabili,* e che siano appunto le emazie *labili* che per la loro istan-

tanea alterabilità dànno origine a forme piastriniche — che tali emazie labili si fermano al primo ostacolo che incontrano per aggrapparsi e trasformarsi in cumuli di piastrine, come centri coagulativi; e nella coagulazione fisiologica gli ostacoli naturali sono le forme leucocitarie più fragili (monociti, emoistioblasti...) che disfacendosi e aderendo al vetrino in esame, od ai tessuti, ne formano il punto d'arresto. Mette inoltre in evidenza la maniera come le emazie labili possano modificarsi per dar luogo con la loro distruzione alle forme piastriniche.

Con l'esame poi che fa sul sangue di vertebrati non mammiferi (rane, uccelli), che posseggono emazie nucleate, viene a dimostrare come appunto sieno essenzialmente i nuclei delle emazie labili, che rimanendo in buona parte denudati del protoplasma, vengano a formare i cumuli di piastrine su cui si inizia il coagulo.

In tal modo si verrebbe a dimostrare che le parti delle emazie, che costituiscono anche le piastrine dei mammiferi, debbano ritenersi per il resto del loro nucleo, profondamente modificato, ma non scomparso.

Come deduzione finale, per l'autore, risulterebbe che le *cellule del Bizzozero* o *megacariociti*, in riguardo alla loro funzione doppiamente fagocitaria, non sarebbero altro che *elementi d'equilibrio nella funzione ematopejetica.* I. P.

CHIRURGIA.

Lesioni primitive delle glandole linfatiche pelviche. - Lesioni ginecologiche non riconoscibili.

(JOHN WILLIAMS. *Boston Medical and Surgical Journal*, 1921, 24 febbraio).

Le osservazioni sulle lesioni delle glandole linfatiche pelviche sono limitate alle alterazioni di queste glandole nei casi di cancro dell'utero o di altri organi pelvici. L'autore ha osservato tre casi di lesioni non cancerigne di queste glandole: le chiama primitive nel senso che la tumefazione glandolare aveva preso il sopravvento e costituiva il sintomo predominante.

In un caso si trattava di una donna che aveva sofferto di dolori in corrispondenza del rene e lungo l'uretere di sinistra, e che all'esame vaginale presentava una tumefazione nella metà sinistra delle pelvi assolutamente indipendente dall'utero e dagli annessi: non fu possibile introdurre un catetere nell'uretere sinistro perchè s'incontrava un ostacolo insormontabile.

All'operazione fu trovata una massa retroperitoneale che comprimeva l'arteria iliaca esterna (la quale era ridotta alla metà) e l'uretere. La massa fu asportata ed all'esame microscopico fatto da Mallory furono trovate le alterazioni caratteristiche del morbo di Hodgkin.

Nel secondo caso si trattava di una giovane che si lamentava di dolore all'inguine sinistro e che era claudicante.

L'esame obbiettivo faceva rilevare uno spasmo dello psoas con flessione della coscia di 15° ed impossibilità di una completa estensione; nel grande labbro di sinistra vi era un eczema; si palpavano delle glandole inguinali, e coll'esplorazione vaginale si rilevava una tumefazione pelvica simile a quella descritta nel caso precedente. La cura dell'eczema ed una cura risolvente locale fecero scomparire tutti i sintomi.

Nel 3° caso si trattava di una donna già operata di isterectomia per fibromiomi e che poi aveva sofferto di dolori nel quadrante inferiore sinistro dell'addome e di claudicazione. All'esame obbiettivo si rilevava flessione della coscia per spasmo dello psoas, e la presenza di una tumefazione pelvica fluttuante, situata nella stessa sede ove erano le tumefazioni dei 2 casi precedenti. Fu aperto e drenato un ascesso e la malata guarì.

Dallo studio di questi casi l'Autore ne deduce che le glandole pelviche possono presentare delle lesioni che si possono considerare come primitive nel senso che prevalgono sulla lesione veramente primitiva, la quale in qualche caso può anche sfuggire completamente. Si presentano come una tumefazione indipendente dall'utero e dagli annessi con dolore nella fossa iliaca corrispondente, talvolta con compressione dell'uretere ed allora dolori reno-ureterali, talora con spasmo riflesso dello psoas e flessione della coscia, talvolta con alterazioni morfologiche del sangue.

L'Autore, infine, richiama l'attenzione sulla rarità del 1° caso di morbo di Hodgkin localizzato nelle glandole pelviche. L. D.

Appendicite e malattie degli annessi.

(H. THALER. *Wien. Klin. Wochenschr.*, n. 14, 1922).

Lo studio dei rapporti tra l'appendice e gli annessi è importante, in primo luogo, per la diagnosi differenziale, tra le infiammazioni dell'appendice e quelle dell'annesso di destra, in secondo luogo, per chiarire l'influenza reciproca che uno di questi organi se infiammato, esercita sull'altro. La diagnosi differenziale spesso non è facile nè nei casi acuti nè in

quelli cronici. Nei casi acuti si devono considerare i sintomi locali, i sintomi concomitanti e i dati anamnestici. *A*) Sintomi locali: In alcuni casi (casi iniziali, rapporti topografici normali) rendono possibile la diagnosi. Però da un lato o l'appendice trovandosi in posizione subcecale può sporgere nel piccolo bacino, oppure vi possono arrivare degli essudati di origine appendicolare entrando in rapporto con l'annesso; dall'altro lato, in primo tempo può mancare la formazione dell'essudato caratteristico, palpabile nella regione della tuba di destra, e l'infiammazione si può propagare alla sierosa della grande cavità pelvica (specialmente se gli annessi hanno posizione alta).

È probabile l'appendicite, quando si manifestano precocemente una resistenza nell'ipocondrio destro, palpabile dall'esterno e una difesa muscolare che tendono ad estendersi verso l'alto fino dall'inizio, dolori che si irradiano verso la regione gastrica. Meno importante è il dolore alla pressione dei punti caratteristici (posizione variabile dell'appendice). Il sintomo di Rovsing (dolore alla regione cecale spingendo verso l'alto il contenuto del colon discendente) e il sintomo di Blumberg (dolore alla pressione bimanuale se la mano esterna lascia improvvisamente l'addome) hanno valore soltanto nei primi stadii, indicando essi un processo peritonitico nelle parti inferiori del grande bacino. È probabile un'affezione degli annessi, quando la resistenza dolorosa si manifesta nelle parti basse del piccolo bacino, lateralmente all'utero. Hanno valore se presenti in primo tempo il dolore alla pressione digitale della parete destra della vagina (mentre la pressione esterna non fa rilevare che una scarsa tensione nelle parti inferiori dell'addome) ed il fenomeno di Fränkel (dolori nello scuotimento dell'utero praticato con due dita che circondano la portio).

B) Sintomi concomitanti e dati anamnestici.

I fenomeni peritonitici sono precoci e gravi nell'appendicite, mentre sono più lievi e bene tollerati nell'annessite. Dati utili per la diagnosi differenziale può fornire l'accertamento o l'esclusione di quelle affezioni (blenorragia e sepsi) da cui la maggior parte delle infiammazioni annessiali dipende: così l'anamnesi, la presenza di un catarro uretrale, la dimostrazione di gonococchi nel secreto, rendono probabile la diagnosi di annessite gonococcica (però una donna affetta da blenorragia può ammalarsi allo stesso tempo di appendicite); l'anamnesi (parto recente, aborto) e l'esame batteriologico dei lochii (cultura in agar-sangue: sviluppo di streptococchi emolitici) possono in altri casi avvalorare la diagnosi di annessite settica. La salpingite e rara, non però impossibile nelle vergini. Irregolarità mestruali e metrorragia si osservano anche nei casi di appendicite, sono però più frequenti ed imponenti nelle affezioni genitali.

Nelle forme croniche di annessite la diagnosi differenziale è spesso impossibile. se la appendice ha posizione pelvica. Talvolta delle donne affette da annessite cronica ammalano di appendicite acuta che viene scambiata con una riacutizzazione del processo annessiale (se a destra); fortunatamente in tali casi il processo peritonitico appendicolare tende a localizzarsi (l'appendice è fissa e circondata da aderenze periannessiali); ciò nonostante la possibile sopravvenienza di un'appendicite difficilmente diagnosticabile deve indurre ad essere meno conservativi nelle annessiti croniche.

Nello studio dei rapporti reciproci tra le malattie dell'appendice e quelle degli annessi si deve anzitutto pensare alla possibilita che l'una e l'altra malattia abbiano colpita la stessa donna, senza però avere alcun rapporto reciproco di causalità. L'associazione delle due malattie può essere casuale oppure essa può dipendere da una causa unica (infantilismo, tubercolosi). Nel considerare l'influenza esercitata da un'affezione appendicolare sugli annessi e viceversa, si devono studiare separatamente i casi in cui appendice e annesso di destra sono a contatto reciproco e quelli in cui non lo sono.

A) Non esiste alcun contatto tra appendice e annesso. Degli essudati appendicolari scendendo nel piccolo bacino possono provocare delle alterazioni patologiche degli organi genitali (retroversione fissa dell'utero, perisalpingite, periooforite). Non è possibile la propagazione dell'infezione alla mucosa di una tuba normale perchè l'ostio colpito dall'infezione si occlude. Le dette alterazioni degli organi genitali spesso determinano irregolarita mestruali e dismenorrea (in tali casi i dolori sono localizzati a destra, sono presenti seppure attenuati anche negli intervalli intermestruali, si osservano delle alterazioni termiche premestruali.

Affezioni flemmonose possono dall'appendice propagarsi al mesenteriolo e al connettivo retrosieroso fino al tessuto parametrale (parametrite appendicolare).

B) Esistono delle aderenze tra l'appendice e

l'annesso di destra. Evidentemente esiti di antichi processi patologici. Su 777 annessiti operate 31 volta l'autore osservò delle aderenze con l'appendice. In uno solo di questi casi l'appendice soltanto era malata mentre la tuba aderente e i rimanenti annessi erano normali. In 17 casi l'infiammazione degli annessi era stata primitiva e l'appendice aderente presentava una periappendicite, mentre gli strati interni erano apparentemente normali. Negli altri 13 casi era evidente che gli annessi si erano ammalati in seguito all'azione dei prodotti patologici provenienti dall'appendice. In quasi tutti questi casi risultarono però delle alterazioni antiche degli annessi anteriori all'infezione appendicolare (cisti ovariche o tubariche, idrosalpinge, ecc.). Sarebbe del tutto eccezionale la propagazione di un'infezione appendicolare alle parti interne di annessi normali. POLLITZER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. GUILLAIN, G LAROCHE et P. LECHELLE. *La réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien.* — Masson et C., 1922. Paris. — 12 fr.

Le ricerche di Lange del 1912 hanno aperto la via allo studio delle proprietà che il liquido cefalo-rachidiano dimostra in presenza di sospensioni colloidali e di un elettrolita. Ed alla reazione di Lange all'oro colloidale sono seguite quelle del mastice di Emanuel (1915), quella di Kirchberg al bleu Berlino (1917) aventi tutte lo scopo di ottenere dalle suddette reazioni una indicazione netta e precisa sulle affezioni delle meningi e del sistema nervoso.

Gli AA. nel loro volume apparso recentemente espongono la tecnica dei vari metodi sino ad oggi proposti, e sulla scorta delle numerose pubblicazioni apparse riassumono le principali critiche che ad ogni metodo possono essere rivolte. Infine propongono un loro metodo di reazione colloidale del liquido cefalo-rachidiano, basato sull'uso di soluzione alcoolica di benzoino sospesa in acqua distillata.

Ai risultati da essi ottenuti, importanti per quanto riguarda le affezioni sifilitiche del sistema nervoso, fanno seguire i risultati di numerosi autori che hanno impiegato la reazione del benzoino colloidale sola, o in confronto con le altre reazioni colloidali. TR.

F. BONOLA. *La rachicentesi ed il liquido cefalo rachidiano.* L. Cappelli, ed. Bologna. L. 12.

L'A. dà una intonazione essenzialmente pratica al suo volume sul liquido cerebrospinale e di questo gli va data ampia lode; grati gli saranno i medici pratici, che non possono oramai limitare la conoscenza a quel pochissimo cui accennano i trattati.

Alla parte anatomo-fisiologica, da cui derivano le moderne conoscenze sulla produzione del liquor, seguono l'esposizione dei dati fondamentali sulla composizione del liquor fisiologico; le deformazioni patologiche, che il liquor subisce nelle varie affezioni, le reazioni utili a scoprire le alterazioni di alto valore diagnostico. Non sarebbe stato eccessivo se un accenno critico fosse stato fatto anche con una certa larghezza a tutte le altre reazioni colloidali che si aggiungono alla reazione di Lange, e se una bibliografia almeno la più essenziale fosse stata aggiunta, utile allo studioso che più ampiamente volesse avere conoscenza di particolari argomenti. Auguriamo al libro la meritata fortuna. *t. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R Accademia Medico - Chirurgica di Napoli.

Seduta ordinaria del 28 maggio 1922.

Presidenza: Prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Un caso di criptomeningite cerebro-spinale cronica da meningococco, diagnosticata con la prova di Sainton e Schulmann.

Prof. G. TEDESCHI. — Il caso si riferisce ad un giovane di 18 anni che non presentava nulla di importante nei suoi antecedenti ereditari diretti e collaterali, e che nulla aveva mai sofferto, eccettuata una infezione malarica all'età di 10 anni. Nel febbraio 1919 fu preso da grande agitazione, malessere, senso di pesantezza ai sopraccigli; quindi forte cefalea e sonnolenza che durò 40 giorni. In seguito la cefalea continuò unitamente a grande astenia, lieve bradicardia, senza una benchè minima alterazione della temperatura od alterazione degli sfinteri. Si pensò ad una encefalite letargica, ma il decorso, la persistenza della cefalea, la mancanza di qualsiasi paresi o paralisi nel campo del 3° e 4° paio di nervi cranici (encefalite a tipo superiore) e la mancanza di altre paresi o paralisi nel campo del facciale, trigemino, oculo-motore esterno, ipoglosso e glosso-faringeo (encefalite a tipo bulbo-protuberanziale) la fecero escludere. Si pensò allora ad una meningite, ma si trovarono assenti tutti i sintomi meningei descritti dai diversi autori. Si ricorse allora alla puntura lombare ed il liquido uscì limpido, privo di linfociti e con l'1 ‰ di albumina. Si ricorse allora alla prova di Sainton e Schulmann per la prima volta praticata in Italia dall'O. (iniezione di 10 cc. di siero antimeningococcico nella teca vertebrale) ed oltre ad aversi una reazione intensa, febbre alta e sintomi meningei, si ottenne la

mobilizzazione dei meningococchi, ed alla nuova puntura lombare, il liquido uscì torbido, con albumina e cloruri aumentati, ed al microscopio si rinvennero molti polinucleati ed una quantità straordinaria di meningococchi quasi tutti a sede intracellulare. Si tratta quindi di un caso eccezionalmente raro di meningite cerebro-spinale occulta, a decorso cronico che dura ormai da 3 anni e nel quale la diagnosi fu possibile solo con la prova di Sainton e Schulmann che provocò la mobilizzazione dei meningococchi mentre alla puntura lombare il liquido uscì limpido e sotto bassa pressione.

Eccezionale caso di ferita del cuore
Nota di traumatologia forense.

Prof. G. De Crecchio. — Illustra un caso di ferita del cuore per frattura della 4ª e 5ª costa sinistra, avvenuta in seguito a caduta da un carro. Dopo avere descritto il reperto anatomo-patologico, discute sul meccanismo della penetrazione del frammento costale nel miocardio e sui fenomeni che si sono riscontrati a carico dei disturbi funzionali determinatisi per la ferita del cuore in riferimento al meccanismo della morte. Presenta le fotografie del caso; il reperto è conservato nel Museo dell'Istituto di Medicina legale.

Intorno al valore diagnostico dei nemaspermi.

Prof. T. D'Evaut. — Espone i risultati di un suo studio sopra tale argomento.

A. Chistoni.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 19 maggio 1922.

Reperto anatomo-patologico di due casi di tisi polmonare trattati con pneumotorace terapeutico.

Guido Reina. — L'O. presenta due casi di tisi polmonare trattati con pneumotorace terapeutico. In un caso fa osservare due polmoni con lesione avanzata ed ampia escavazione al lobo polmonare superiore sinistro e lesione inizialissima al lobo polmonare superiore destro. In questo caso spiega l'efficacia dello speciale trattamento terapeutico coll'arresto del processo distruttivo che ha altresì favorito la guarigione clinica della caverna apicale. Tale caverna però è ancora beante, mentre le lesioni iniziali di destra sono cicatrizzate. Il polmone sinistro è ridotto ad una massa compatta, cicatriziale, accollata fortemente alla parete toracica, non funzionante. L'O. spiega la non avvenuta cicatrizzazione dell'escavazione per le tenaci aderenze pleuriche che interessano gran parte del lobo polmonare superiore.

Dato che la morte del soggetto fu causata dallo svilupparsi di una forma di tubercolosi miliare acuta diffusa generalizzata, l'O. fa notare un fatto assai importante: mentre il polmone destro non compresso è stato gravemente interessato dal processo miliare e si presenta tutto infarcito di tubercoli di recente formazione, la parte del polmone sinistro compresso presenta solo qualche raro, isolato tubercolo di recente formazione. Secondo l'O. la compressione avrebbe notevolmente limitato la diffusione del processo tubercolare acuto nel polmone compresso. Dal punto di vista isto-patologico mette in rilievo la presenza di speciali fasci connettivi abbondanti, partenti dalla pleura ed addentrantisi nel parenchima polmonare in corrispondenza del punto d'inserzione di briglie connettive, che vanno dalla pleura parietale alla pleura viscerale. Per spiegare con un concetto nuovo la genesi di talune formazioni connettive sottopleuriche fa notare che il pneumotorace può, come il presente caso dimostra, vincere o ridurre aderenze pleuriche talvolta anche tenaci, specialmente se circoscritte: in quei punti nei quali il pneumotorace vince o riduce tali aderenze possono però permanere delle briglie connettive che andando dalla pleura viscerale alla pleura parietale esercitano uno stiramento sul polmone compresso: nei punti nei quali l'azione di tale stiramento è prolungata si ha di conseguenza la formazione dei fasci connettivi sopra menzionati che il microscopio dimostra in modo esauriente.

Il presente caso fa notare altresì lesioni specifiche cicatrizzate a carico dell'apice polmonare destro. Si può dedurre che la guarigione delle lievi lesioni specifiche di destra siano state favorevolmente influenzate dall'azione del pneumotorace del lato opposto.

L'O. considerando l'ipotesi del non sopravvento della forma miliare acuta generalizzata e della guarigione clinica del polmone compresso, attraverso a considerazioni isto-patologiche ben evidenti dimostra che il polmone avrebbe potuto solo in modo assai limitato riprendere la sua funzione e ciò in special modo per il notevole ispessimento e raggrinzamento della pleura, per le alterazioni notate a carico dell'epitelio alveolare e per le lesioni disseminate e guarite con formazione di abbondante connettivo e per la connettivazione rigogliosa notata attorno ai vasi ed ai bronchi.

Il secondo caso presenta all'osservazione un'ampia escavazione a destra, all'apice del lobo polmonare superiore, e lesioni iniziali, originariamente iniziali a sinistra. Tale caso ci fa considerare i seguenti principali fatti.

Le lesioni distruttive del polmone destro tisico non sono cicatrizzate, l'escavazione è ancora beante: anche in questo caso tenaci aderenze pleuriche, interessanti il lobo polmonare superiore hanno impedito la compressione della caverna.

Il polmone tisico compresso ha sfavorevolmente influenzato l'andamento delle lesioni tubercolari veramente iniziali del lato opposto clinicamente notate. Il polmone sinistro non compresso dopo circa un anno dal trattamento con pneumotorace del polmone destro presenta lesioni distruttive considerevoli al lobo superiore. La parte del lobo superiore non interessata dal processo distruttivo ed il lobo inferiore sono infarciti di tubercoli.

Anche questo secondo caso, come il primo, offre alla nostra osservazione un fatto degno della massima importanza e rilievo: mentre, come si

disse, il polmone sinistro non compresso è tutto infarcito di tubercoli, macroscopicamente ben rilevabili, e si riscontrano solo zone assai ridotte non invase da tubercoli, microscopicamente controllate, il polmone destro compresso presenta invece una tubercolizzazione scarsa a carico della parte del lobo superiore non invaso dal processo distruttivo, ancora più scarsa a carico del lobo medio, quasi nulla a carico del lobo inferiore. Ed i tubercoli riscontrati in detto polmone compresso hanno i caratteri di tubercoli in via di metamorfosi fibrosa.

Dai due casi risulta evidente il fatto che il pneumotorace non solo può in determinate condizioni arrestare e guarire la tisi, ma crea altresì nel polmone compresso condizioni sfavorevoli al propagarsi ed al successivo svilupparsi del processo tubercolare nelle sue svariate manifestazioni.

Nella relazione che sarà pubblicata sul Bollettino della Società Medico-Chirurgica Pavese saranno trattati in modo completo le varie questioni attinenti al pneumotorace e desumibili dai presenti casi.

PREDIERI, comunica il rendiconto di tremila operazioni per la cura radicale delle ernie, da lui eseguite nelle infermerie Chirurgiche affidategli, mettendone in evidenza le forme assai rare, e presentando una lunga serie di percentuali in rapporto alle loro varietà, alle età (fino ai 92 anni), alle professioni; per quanto riguarda il volume presenta parecchie fotografie di quelle più voluminose, una delle quali rappresenta un vecchietto di 74 anni affetto da ernia inguinale bilaterale (un caso di totale sventramento, arrivando l'ernia destra fino al ginocchio), operato bilateralmente nella stessa seduta con esito felicissimo. Dopo aver ricordato i metodi operativi seguiti a seconda della varietà dell'ernia, e dichiarando la assoluta preferenza al metodo del Bassini per le ernie specialmente inguinali, accenna a piccole modalità di tecnica operatoria che ritiene assai utili, ed al decorso avuto nei suoi operati tra i quali (per le ernie libere) non ha avuto alcun morto, nè per circostanze legate all'atto operativo, nè per complicanze da esso dipendenti. Parla quindi delle ernie strozzate appartenenti ad individui di tutte le età, fino agli 87 anni, in numero di 204, colla mortalità soltanto del 9 per cento, delle recidive e del taxis, e, toccando per ultimo un argomento d'indole generale, si fa la domanda se le ernie in Italia sono così numerose come si crede. Riporta in proposito molte statistiche parziali e generali italiane ed estere, mettendone in rilievo le disparità, talora assai sensibili, delle cifre. Fa egli stesso molti calcoli statistici sulle ernie oeprate in ciascun paese per tutta la provincia di Pavia ed in rapporto alla totale popolazione della provincia stessa, e, dopo una lunga serie di altri calcoli, basati specialmente su dati ottenuti dalle statistiche di parecchi anni compilate dall'Ispettorato di Sanità Militare, dichiara di ritenere non esagerato ammettere in Italia, in via approssimativa (tenuto conto degli operati) circa il 2 per cento od il 20 per mille di erniosi, riserbandosi però di meglio precisare in seguito, attraverso ulteriori ricerche, una percentuale più vicina alla realtà.

G. MASSENTI. — *Sui rapporti tra apparato reticolare interno e centrosomi.* — In continuazione di altre sue ricerche.

Sulla non velenosità degli estratti di Amanita citrina pers. introdotti per via para-enterale (nota preliminare).

V. PETTINARI. — L'O., dopo avere accennato alla controversia se l'A. citrina si debba o no considerare un fungo velenoso come l'A. falloide Fr., riferisce di esperienze da lui eseguite su infusorii, crostacei, vertebrati etero- ed emotermi con estratti di A. citrina in confronto ad estratti ugualmente preparati di A. falloide e A. muscaria.

In base alla sua esperienza afferma che nella A. citrina, sia allo stato fresco che allo stato secco, non esiste alcun principio tossico termostabile, solubile in acqua, alcool, etere che abbia:

1) un'azione tossica generale sul protoplasma;
2) un'azione muscarinica;
3) una qualsiasi altra azione tossica dimostrabile.

L'A. citrina si deve quindi, da questo punto di vista, togliere dal gruppo dell'A. falloide.

A. GASBARRINI.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Adunanza ordinaria del 23 aprile 1922.

La Università di Padova nella Storia della Sifilografia, da Leoniceno a Morgagni.

A. BREDA. — L'O., con la sua esposizione, giunse alla conclusione che a partire dal 1494 al 1761, da Leoniceno a Morgagni, ben si può dire come l'Università abbia contribuito largamente a sviluppare prima e più di ogni altra fin dall'esordio del terribile flagello della lue celtica, le più importanti cognizioni intorno ad esso, regolandone i modi di repressione e di cure: anche per tale previdenza, merita la nostra scuola il rispetto e la riconoscenza degli Studiosi di tutto il mondo.

Contributi al metodo morfologico in rapporto alla diagnosi medico-legale di sangue con speciale riferimento alla determinazione individuale.

A. CEVIDALLI e A. DALLA VOLTA. — Gli OO. riassumono, in questa comunicazione, le loro ricerche sull'indirizzo morfologico per lo studio medico-legale delle macchie di sangue. Con metodi di tecnica appropriati alle diverse qualità dei substrati, essi sono riusciti non solo a migliorare i risultati fin qui raggiunti nel ripristino dei globuli rossi, ma anche attraverso una chiara dimostrazione dei leucociti nelle loro varietà, e persino di parassiti ematici, ad ottenere, in particolari condizioni, dei risultati veramente ottimi rispetto alla diagnosi individuale.

A. DIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Un nuovo metodo di esame della funzione renale. (Prova del tiosolfato).

Questo nuovo metodo di W. Nyiri (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 29 giugno 1922), sperimentato con 120 prove su 60 pazienti, avrebbe i seguenti vantaggi: esecuzione facile con piccola perdita di tempo, poco disturbo per il malato, espressione della funzionalità renale in cifre.

Il principio è il seguente: immettendo per via intravenosa il tiosolfato di soda nell'organismo, se ne ossida normalmente nel corpo il 60-70 % che forma del solfato di soda, mentre il rimanente 30-40 % compare nelle urine. A funzione renale lesa se ne ritrova invece soltanto dall'1 al 23 % circa. A rene sano ed a reno leso se ne trova la quantità massima dopo la prima ora, poco dopo la seconda, traccie o niente dopo la terza. La ricerca si fa colla jodometria, dopo allontanate col carbone animale altre sostanze che possono combinarsi collo jodio. L'albume anche in quantità considerevole non disturba la ricerca.

La tecnica è la seguente: si fa svuotare completamente la vescica al paziente e si serba questa urina per il controllo; dopo di ciò si fa una iniezione intravenosa (che riesce indolore) di 10 cmc. di una soluzione sterile al 10 % di tiosolfato di soda (che si troverà presto in commercio già pronta in fiale).

Nelle prossime tre ore, si fa urinare il paziente ad ogni ora. Si misurano le singole quantità e per ogni 20 cmc. si aggiunge circa g. 0.5 di carbone animale che deve essere purissimo e ben lavato, si mescola e dopo 2-3 minuti si filtra. Si aggiungono delle piccole quantità di soluzione di amido e si esegue la ricerca quantitativa su 10 cmc. con una soluzione normale di jodio all'1/10 fino ad ottenere la colorazione azzurra.

Per la urina di controllo (cui si aggiunse l'istessa soluzione d'amido) bastano di solito 1 o 2 goccie (cioè 0.05 e 0.1 cmc.), quantità che va sottratta nel calcolo titolometrico definitivo. Un cmc. di soluzione normale jodica all'1/10 corrisponde a 15.8 mg. di tiosolfato di soda, basta moltiplicare il numero di cmc. impiegati nelle prove delle diverse ore per sapere le quantità complessive di tiosolfato rispettivamente eliminate.

Alcuni esempi riportati dall'A. dimostrano che il nuovo metodo dà cifre rispondenti bene al controllo clinico ed anatomo-patologico.

BANISSONI.

CASISTICA.

Significato clinico e prognostico delle emorragie retiniche.

Abbastanza comuni in tutte le età della vita, le emorragie retiniche possono essere primitive o secondarie; le prime sono di origine traumatica o dipendono da una lesione oculare propriamente detta; le altre, più importanti, sono sintomatiche di affezioni generali diverse.

La superficie retinica rappresenta nell'organismo una frequente localizzazione delle emorragie, che vi assumono aspetti diversi, a striscie, a placche, a punticini; il sangue può in seguito riassorbirsi del tutto o lasciare zone di degenerazione in forma di piastre giallognole.

Le emorragie secondarie si osservano sopratutto nell'albuminuria, nel diabete, nelle affezioni cardio-vascolari, nella sifilide, nelle malattie del sangue: sopravvengono in diversi stati morbosi quali malattie infettive, epatiche, del sistema nervoso, e costituiscono il sintoma cardinale della così detta emorragia recidivante degli adolescenti.

L'esame oftalmoscopico, osserva M. Genet (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 marzo 1922), permette talvolta, da solo, la diagnosi eziologica: nell'albuminuria e nel diabete, la lesione è nettamente caratterizzata dalla presenza di placche di degenerazione, miste ad emorragie; la scoperta di un'emorragia impone però l'esame delle urine dell'apparato cardiovascolare, la ricerca della sifilide.

La prognosi è generalmente grave: gravissima nel morbo di Bright, meno nel diabete e nelle affezioni cardiovascolari: negli altri casi la prognosi è subordinata alla gravità dell'affezione originaria. L'immagine oftalmoscopica di un'emorragia isolata non ha mai il significato grave di una retinite albuminurica, in cui le emorragie appaiono accompagnate alle piastre bianche di degenerazione.

fil.

Etiologia e trattamento del distacco di retina

Uhthoff (*Deutsche med. Woch.*, 26 gennaio, 1922), dice che la forte miopia è stata cagione del distacco idiopatico di retina nel 61 % dei suoi casi.

Consiglia una fasciatura compressiva, non troppo stretta, il riposo in posizione supina, o seduta, secondo la sede del distacco, e la diaforesi. Sono però da evitare le forti dosi di pilocarpina e di acido salicilico. Il cloruro so-

dico in soluzione concentrata è pericoloso (obliteraz. della capsula di Tenone, glaucoma, emorragie nel vitreo).

La guarigione si ha nel 9 % dei casi circa. Il 31 % delle guarigioni sono spontanee, il 45 % segue al trattamento conservativo, il 24 % al trattamento operatorio.

L'intervento meno pericoloso consiste nella semplice o doppia puntura della sclera, con evacuazione più completa possibile dell'essudato sottoretinico. Le recidive sono comuni.

DORIA.

TERAPIA.

Il citrato di sodio nella terapia delle affezioni vascolari.

Chenisse (*Presse Médicale*, n. 24, 1922) riassume i lavori americani e francesi riguardanti l'uso del citrato di sodio nelle malattie dei vasi.

Nel 1912 Koga ha riferito di aver ottenuto buoni risultati dalle iniezioni sottocutanee di liquido di Ringer, ripetute a lungo, nei casi di gangrena per endoarterite. I buoni effetti sono dovuti all'azione del liquido di Ringer sulla iperviscosità del sangue esistente in questi casi. W. Meyer usò il citrato di Na al 2 % per iniezione endovenosa in quei malati in cui il liquido di Ringer non aveva esercitato azione decisa.

Steel di Filadelfia in 6 casi di quell'affezione descritta da Buerger sotto il nome di tromboangioite obliterante (consistente in una infiammazione, forse microbica, a decorso ciclico, che si inizia nelle arterie e nelle vene della gamba al di sotto della biforcazione della poplitea, si estende poi per continuità o invade altri territori vascolari e si accompagna a claudicazione intermittente e gangrena secca che principia dall'alluce) ha ottenuto 5 volte che il malato riprendesse le sue occupazioni: in uno degli infermi si ebbe più tardi una ricaduta. Siffatta terapia è stata avvalorata dalla permanenza del malato in letto, per oltre un mese, con la gamba esposta ad un bagno di luce ed aria calda a 44°.

In questo primo periodo di cura le iniezioni di citrato vanno fatte ogni 2 gg. nella quantità di 250 cc. Nel 2° mese alle iniezioni, praticate ogni 3-4 gg., si unisce il massaggio quotidiano degli arti e, nei casi leggeri, si può permettere anche un po' di cammino. Più tardi le iniezioni si eseguono a distanze sempre maggiori così che dopo un anno l'intervallo sarà di 15 gg. Utile è la somministrazione contemporanea di ioduro di K in modiche dosi. L'esercizio funzionale, il numero delle iniezioni, la durata complessiva della cura va regolata a seconda i casi ed i risultati.

Nelle forme con lesioni gangrenose avanzate non si può sperare che la scomparsa o la diminuzione dei dolori, l'arresto dell'invasione gangrenosa con guarigione, dopo eliminazione dei tessuti morti, delle zone malate ed il ristabilimento del circolo collaterale. La funzionalità dell'arto è quasi impossibile recuperarla.

Ozo ha sperimentato, ottenendo l'arresto della gangrena, il citrato di sodio per bocca (1 gr. ogni 2 h. in pozione) in un vecchio di 75 a. affetto da gangrena senile. In un caso di angina pectoris ed in due di ulcerazioni trofiche degli arti. inf. Moricheau-Beauchaut ha constatato risultati assai favorevoli con una protratta somministrazione orale di 3-4 gr. p. d. di citrato sodico.

I risultati riferiti lasciano sperare che il citrato sodico potrà riuscire altrettanto utile in malattie consimili alle notate e per le quali la terapia ha finora scarse risorse.

D. M.

Nella sindrome vagotonica.

Nelle sue manifestazioni più frequenti, quali rallentamento del polso, aritmia respiratoria, extrasistoli, fenomeni di iperstenia digestiva, tendenza astenica ed ipotensiva. N. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 24 giugno 1922) consiglia l'uso del solfato di atropina; un cg. in 20 cmc. di acqua distillata; 1 cmc. della soluzione (20 gocce) contiene 1/2 mg. di atropina.

Si incomincia con due gocce prima del pasto, e si va aumentando fino a quattordici, ridiscendendo in seguito: talvolta, anche con queste dosi minime, si osserva una leggera intolleranza.

fil.

Il trattamento dell' iperidrosi.

M. Joseph (*Deut. med. Wochen.*, 28 aprile 1922) distingue tre gruppi di iperidrosi.

1° Forme leggere in cui bastano spennellazioni due volte al giorno con acido cromico 5 %, o tannino 1 %, o miscela di tannino e glicerina ana g. 40 con tintura di jodio g. 20; oppure: Acido tricloracetico, balsamo del Perù ana g. 1; ac. formico g. 3, cloralio idrato g. 5; alcool q. b. per 100. Di notte si cospargerà la parte con la polvere seguente: acido salicilico g. 5; ac. borico, ac. tartarico ana g. 10; ossido di zinco, talco, ana g. 40.

2° *Forme di media intensità.* Spennellazioni biquotidiane con alcool al 10 % di formalina (si può gradatamente arrivare al 40 ed anche 50 %), di notte applicazione della polvere su nominata. Se insorgessero fenomeni irritativi, che non retrocedessero con l'uso di

vaselina borica o di pasta di zinco, si usi una soluzione di formalina più debole (formalina g. 2; carbonato di sodio g. 2.5, acqua distillata q. b. p. 100).

3° *Forme più gravi.* È consigliabile la röntgenterapia, la quale però ha azione oltre che sulle ghiandole sudoripare, anche sulla pelle a cui dà una certa scabrosità, secchezza ed un certo grado di atrofia. Si usano alte dosi di raggi ben filtrati, che possono eventualmente ripetersi dopo 6-8 settimane.

fil.

IGIENE.

Inquinamento del terreno e malattie infettive.

S. Kligler (rif. in *Office int. d'Hyg. publique*, maggio 1922) ha studiato anzitutto la resistenza dei bacilli tifici e dissenterici nel terreno e nei pozzi neri. Le condizioni che maggiormente influiscono sono la reazione dell'ambiente e lo stato di umidità, con reazione acida od alcalina, i bacilli scompaiono rapidamente entro il decimo giorno; nel suolo umido possono resistere da 30 a 90 giorni.

Essi però non si spostano, a meno che non siano trascinati dall'acqua ed anche in tal caso il raggio di spostamento è affatto limitato, circa 60 cm. ma non a 90, in un terreno relativamente poroso, non oltre 22 cm. in un terreno compatto.

Dallo studio dell'inquinamento del terreno da parte dei pozzi neri, risulta che nelle stagioni secche l'inquinamento discende fino a 90 cm. circa, nei terreni argillosi, argillo-sabbiosi o sabbiosi: lateralmente invece non si ha alcuna propagazione. Nelle stagioni piovose l'inquinamento del terreno è più manifesto, ma esso proviene in massima parte dalla superficie, mentre quello derivante dal pozzo nero non arriva che ad un massimo di m. 1.50 di profondità.

Per quanto riguarda la possibile contaminazione delle acque, l'A. viene alla conclusione che l'inquinamento non si trasmette nel suolo in senso laterale e che la maggior parte degli inquinamenti dei pozzi proviene dalla superficie per quelli aperti, mentre quelli a pompa e tanto meglio quelli tubolari, sono praticamente esenti da inquinamento.

Da questi risultati si possono trarre deduzioni pratiche: anzitutto, il primo fattore da considerarsi nella costruzione di pozzi neri è la profondità a cui si trova la falda acquea, la quale deve esser tale da rimanere durante la massima altezza sufficientemente lontana dal fondo del pozzo nero. Poca importanza ha invece nelle condizioni normali la distanza laterale fra il pozzo dell'acqua e la fogna, bastando, come si è veduto, un breve tratto per arrestare il passaggio dei bacilli. Resta però a vedere se, esercitando un attivo richiamo, come può farsi con una prolungata pompatura, la propagazione laterale non possa aumentare. Certamente molti dei concetti attuali in questo argomento vanno modificati, come vanno probabilmente modificate alcune idee troppo recise sui così detti indici di corruzione organica delle acque, quali p. e. i nitriti, di cui l'origine non tradisce sempre un possibile inquinamento.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1324) Al dott. T. G., abb. 8591:

Per la Dermatologia consigliamo il *Manuale di Malattie della pelle* di NEISSER-JADANOKN, traduzione italiana con note ed aggiunte originali, edito dalla Società editrice Dante Alighieri di Albrighi e Segati - Roma-Milano.

Per le malattie veneree (sifilide compresa) un buon manuale pratico è quello di BALZER: *Maladies vénériennes.* Paris, Baillière et fils, oppure SCHOLTZ: *Geschlechtskrankheiten.* Leipzig, S. Hivzec, 1913, del quale però non esiste traduzione italiana.

V. MONTESANO.

(1325) *Sul valore curativo del sulfarsenol.* — Al dott. Matteo Barbera di Oneglia (Porto Maurizio):

Tale rimedio è ora entrato nella pratica quotidiana; può consultare il volume degli Atti dell'ultima riunione della Società Italiana di Dermatologia-Sifilografia (1921).

V. MONTESANO.

(1326) Al dott. Mocace Domenico da Reggio Calabria:

Annali di Ostetricia e Ginecologia, Milano (Corso P. Romana, 17); *Folia Gynaecologica,* Genova, R. Clinica Ostetrico-Ginecologica; *L'Arte ostetrica,* organo della Federazione della Guardia ostetrica, Milano, via Unione, 7-A; *La Clinica Ostetrica,* Roma, via Orazio, 30; *La Ginecologia pratica,* Genova, via XX Settembre, 22; *Rassegna di Ostetricia e Ginecologia,* Napoli, Riviera di Chiaia, 66; *Rivista d'Ostetricia e Ginecologia pratica,* Palermo, piazza I. Florio, 14; *Gazzetta Italiana delle Levatrici,* Modena, R. Clinica Ostretrico-Ginecologica.

(1327) Al dott. G. G. da M.:

Per la reazione di Sgambati veda *Policlinico,* sez. pratica, 1920, pag. 267-268.

fil.

VARIA

Il brivido.

Il brivido è un fenomeno molto complesso, la cui origine e la cui natura sono ancora oscure.

Oltre che dal freddo il brivido può essere determinato da irritazioni periferiche (cutanee ed anche dalle mucose interne: passaggio di un calcolo biliare o renale, caterizzazione); da stati emotivi (paura, collera) e da disturbi nevrosici; da stati infettivi (pneumonite, malaria, febbre ricorrente, scarlattina, setticemie, ecc.).

Il brivido più leggero e più comune consta della contrazione improvvisa tetanica di gruppi muscolari del tronco, degli arti, della faccia, seguita da poche, rapide e non ampie contrazioni cloniche.

Nel brivido più complesso, come quello provocato dal freddo, da accessi febbrili o da irritazioni della cistifellea o dell'uretere la contrazione tetanica iniziale è più violenta e più lunga, le scosse cloniche successive sono più ampie tanto da determinare movimenti del tronco, degli arti, della testa. Quasi tutti i muscoli del corpo, ad eccezione di quelli degli occhi, entrano in contrazione. Perfino la mascella è scossa da movimenti violenti, che si estrinsecano con il caratteristico battere dei denti.

Il brivido è accompagnato quasi sempre da viva sensazione di freddo, contrazione dei capillari cutanei, pallore della faccia, raffreddamento delle estremità, del naso, delle oercchie e la pelle può assumere perfino lo stato anserino. La temperatura interna generalmente diventa alta e suole cadere con sudore.

Il brivido da paura si accompagna con altri fenomeni concomitanti ma non causali: perspirazione fredda, rilasciamento degli sfinteri, ecc.

Più complessi sono i fenomeni motorî che accompagnano altri stati emotivi, come l'ansia, l'angoscia e sopratutto la collera. Mentre la paura ed il freddo paralizzano la volontà ed ogni altro movimento, la collera eccita all'azione, alla gesticolazione abbondante. Più che di un brivido pare trattasi di un tremore: in effetti comunemente si dice «tremare di collera» e non «rabbrividire di collera».

Del resto non è facile dire se ed in quanto vi siano analogie tra brividi e tremori, tra brividi e convulsioni.

Più verosimile è la ipotesi che il brivido almeno per quel che riguarda il semplice fatto motorio sia un tremore. Tuttavia conviene notare che i movimenti volontari non hanno in alcun senso azione sul brivido; che nel sonno ogni tremore cessa, mentre il brivido può sopravvenire nel sonno.

È stato anche sostenuto che il brivido per il suo carattere accessionale è un movimento convulsivo. Al riguardo è stato rilevato che i bambini febbricitanti non hanno brividi, mentre quando sono colpiti dalla febbre andrebbero più frequentemente soggetti a convulsioni. Queste pertanto piglierebbero il posto dei brividi ed avrebbero lo stesso significato. Nel bambino la convulsione sarebbe più ampia, generale con abolizione delle funzioni cerebrali, nell'adulto sarebbe più limitata, non abolirebbe la coscienza ed assumerebbe la forma del brivido.

Il meccanismo fisio-patologico è tutt'altro che chiaro. A spiegarlo certo non contribuisce la molteplicità delle cause: tossi-infezioni, freddo, emozioni, eccitazioni viscerali.

In quanto alla parte del sistema nervoso centrale la cui eccitazione per stimoli tossici, per stimoli nervosi viscerali o per stimoli psichici non v'ha nessun dato di fatto che autorizzi una ipotesi qualsiasi. Se si considera il brivido come un tremore bisogna pensare ad una localizzazione nei nuclei basali, se lo si considera una convulsione si può trattare di una irritazione dei centri motorî corticali.

Si è voluto attribuire al brivido uno scopo benefico per l'organismo, quale quello di aumentare con le contrazioni muscolari il calore del corpo. È dubbio che le piccole scosse tonico cloniche che caratterizzano il brivido possano fornire una quantità di calore capace di controbilanciare una qualsiasi perdita termica.

Una tale ipotesi peraltro non spiegherebbe le forme di brivido da emozioni o da eccitazioni viscerali.

Per alcuni infine il brivido sarebbe il residuo di un fenomeno atavico, trasmesso all'uomo dalle specie inferiori. È noto che nel cane, e sopra tutto nel gatto, la collera, lo spavento e simili emozioni provocano una erezione dei peli del dorso. Questo fenomeno che ha uno scopo difensivo sarebbe un analogo del brivido. In effetti la erezione del pelo degli animali ha più punti di contatto con la orripilazione che non il vero brivido, e nell'uomo se ne ha un residuo in quella speciale sensazione che percorre il dorso quando si ascolta una musica marziale o a forte contenuto emotivo.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi della febbre tifoide.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità) ha diretto, con la data del 14 agosto p. p., una circolare ai Prefetti, con cui richiama la loro attenzione e quella dei medici provinciali, ufficiali sanitari e medici condotti sul fatto che le infezioni tifiche e paratifiche, pur essendo diffuse con varia intensità nei grandi centri, come nei piccoli comuni, costituiscono pur sempre la malattia predominante dei centri rurali, nei quali meno sviluppati sono i servizi igienici e sanitari, e meno progredite sono le opere per il risanamento del suolo e dell'abitato e per l'approvvigionamento idrico.

Perciò il Ministero insiste che venga data rigorosa disciplina alla pronta e regolare denunzia di tutti i casi di febbre tifoide, in modo che possano essere date disposizioni per la rigorosa attuazione delle norme e dei mezzi per la profilassi individuale e collettiva.

Raccomanda inoltre di vigilare che lo approvvigionamento di acqua potabile ed i varî servizi di polizia urbana e di vigilanza annonaria, con particolare riguardo agli alimenti più facilmente inquinabili o che possono rappresentare veicolo dell'infezione, si facciano con le necessarie cautele igieniche promovendo opere di risanamento urbano e provvedendo intanto ad eliminare le cause più importanti di insalubrità.

E nei riguardi dei malati ove non sia possibile la specializzazione e la separazione di essi dai malati comuni dovrà curarsi che vengano nel modo più largo assicurati i mezzi per la disinfezione delle deiezioni e delle biancherie e che i famigliari vengano con persistente propaganda resi edotti del pericolo del contagio ed istruiti nelle cautele da usare per difendersi.

Il Ministero conclude attendendo dai Prefetti un dettagliato rapporto sulla diffusione della malattia e sulle località più colpite.

Lotta contro la tubercolosi.

Nelle singole Provincie vanno sempre più intensificandosi le pratiche dirette alla costituzione dei Consorzi provincaili antitubercolari e ciò, malgrado difficoltà di vario genere, tra le quali preminente quella derivante dalle condizioni finanziarie, notoriamente difficili, dei Comuni e delle Provincie che devono farne parte.

Finora tali Consorzi sono già costituiti ad Alessandria, Campobasso, Caserta, Catanzaro, Chieti, Cremona, Firenze, Mantova, Milano, Piacenza, Novara, Rovigo, Sassari, Teramo, Torino.

Nelle provincie di Cagliari e Grosseto, i Prefetti hanno emanati i decreti di obbligatorietà dei Consorzi.

Sono a buon punto le pratiche nelle provincie di Ancona, Aquila, Avellino, Brescia, Napoli, Palermo, Pisa, Potenza, Siena, Venezia, Verona e bene avviate nelle altre.

Lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità pubblica, Divisione VI, Sezione I), con circolare 1° luglio 1922, n. 20183-4, ai Prefetti delle provincie malariche, richiama l'attenzione sulla necessità di dare l'impulso più vigoroso alla lotta antimalarica.

Occorre accertarsi che da parte dei Comuni e degli Enti obbligati si ottemperi con il dovuto rigore ai precisi obblighi di legge riguardo alla cura ed alla profilassi della infezione malarica, controllando di continuo gli acquisti tempestivi di chinino, in quantità adeguata ai bisogni, ed il modo di somministrazione di esso.

È necessario anche assicurarsi che l'esplicazione dei varî servizi antimalarici e, specialmente, il funzionamento degli ambulatori siano effettivi e si facciano con quella regolarità e con quella efficienza, che sole danno affidamento di benefici risultati.

E così pure dovrà proseguirsi con il maggior impegno lo studio delle peculiari condizioni del suolo, che sono causa della persistenza e della diffusione della malaria per i centri abitati, dando mano ai provvedimenti indispensabili per la eliminazione, o, quanto meno, per la correzione di tali focolai malarigeni (opere di piccola bonifica, disanofelizzazione, ecc.).

Il Ministero metterà, quanto prima, a disposizione della Prefettura uno speciale fondo, acciò si possano avere i mezzi per sopperire a momentanee deficienze locali, per integrare l'azione, che per legge devono esplicare i Comuni, e per intensificare con apposite misure l'opera profilattica nelle zone di malaria molto grave e diffusa, specialmente a difesa delle popolazioni rurali e delle masse lavoratrici, più esposte a contrarre la malattia.

L'erogazione dei sussidi sia a favore dei sanitari e del personale ausiliario, sia a favore dei Comuni, dovrà farsi dopo il più accurato controllo dell'azione spiegata nello interesse della cura e della profilassi della malaria, come pure tenendo conto delle spese straordinarie non obbligatorie sostenute, escludendo da tale concessione Enti e persone, che non dimostrino di avere in modo concreto concorso a rendere la lotta antimalarica più ampia, più intensa e più proficua.

In tal modo si viene a dare a tali sussidi la vera fisonomia voluta dalle leggi e dal regolamento sulla malaria, per cui essi non costituiscono erogazioni di beneficenza, ma premi ambiti per i benemeriti della lotta antimalarica, incoraggiamento ai volenterosi per dedicarsi con maggior lena ad essa, e concorso per fronteggiare eccezionali condizioni locali.

Il Ministero desidera avere notizie sullo svolgimento del piano di azione antimalarica e di essere informato sull'andamento dell'epidemia.

Utilizzazione degli stupefacenti sequestrati.

Con circolare 25 gennaio 1922 il Ministro di Giustizia e degli Affari del Culto, nel raccomandare una scrupolosa sorveglianza sulle sostanze stupefacenti confiscate come corpi di reato, sorveglianza diretta ad impedirne la sottrazione, stabilisce che, intervenuto il provvedimento di confisca, la cocaina e le altre sostanze stupefacenti vengano inviate al Ministero dell'Interno (Direzione gen. di Sanità pubblica), per mezzo di pacco speciale assicurato.

Tali sostanze sono poi destinate gratuitamente alle farmacie annesse agli Istituti ospedalieri. Questi, per avvalersi della concessione, dovranno presentare ai Prefetti la relativa domanda, contenente la indicazione precisa della quantità e qualità delle sostanze occorrenti, e l'impegno, da parte dell'Amministrazione richiedente, di disporre, curare e vigilare che il medicinale, che potrà essere concesso, sia impegnato esclusivamente a scopo terapeutico ed in vantaggio dei beneficati della rispettiva istituzione.

La richiesta dovrà essere accompagnata dalla dichiarazione del dirigente della farmacia, che attesti la necessità della fornitura ed indichi la quantità della sostanza domandata, che furono consumate in ciascuno degli anni del triennio precedente. La richiesta e l'attestazione debbono essere firmate *per conferma* dal medico provinciale ed integrate dal parere del Prefetto.

(Circolare 18 giugno 1922, n. 20560/9/42454 del Ministero dell'Interno).

Vigilanza sulle acque minerali.

Con decreto ministeriale 3 luglio 1922, la tabella dei laboratorî, a cui possono essere affidate le analisi sulle acque minerali, viene modificata come segue: Sono autorizzati incondizionatamente alle *analisi chimiche*: i laboratorî di chimica generale, chimica farmaceutica e chimica fisica, chimica analitica, chimica applicata, chimica tecnologica e elettrochimica, delle R. Università degli Studi, dei R. Istituti di studi superiori e politecnici e delle Università libere; nonchè i laboratorî di chimica delle Scuole superiori di agricoltura e delle Stazioni chimico-agrarie.

Fra i laboratorî autorizzati condizionatamente alle *analisi batteriologiche* è aggiunto il laboratorio batteriologico consorziale di Arezzo.

Modificazioni della leggi sanitarie.

L'art. 26 T. U. delle leggi sanitarie mentre dava facoltà ai Comuni di ricorrere al Consiglio Super. di Sanità, contro il deliberato della G. P. A. che aumenta d'ufficio lo stipendio ai medici condotti, senza che uguale facoltà sia a questi concessa; la Direzione Generale di Sanità ha ora proposto la modificazione seguente all'articolo stesso, sentito ufficiosamente il parere dei rappresentanti di classe (Associazione Nazionale Medici condotti e dell'Associazione Nazionale Veterinaria):

«Contro il deliberato della G. P. A. i Comuni e i medici condotti interessati possono ricorrere entro trenta giorni al Governo del Re, il quale provvede con R. Decreto, sentito il Consiglio Superiore di Sanità».

Cronaca del movimento professionale.

Pei Medici di Bordo.

L'*Associazione Nazionale Medici della Marina Mercantile,* allo scopo di conferire un nuovo contenuto alla figura del medico di bordo il quale non deve limitarsi alla modesta funzione del medico *curante,* ma elevarsi alla dignità ed importanza di un vero *Ufficiale di sanità di bordo,* presentò al C. S. di S. una serie di proposte di cui alcune vennero già discusse ed approvate. Ora giustamente domanda l'accoglimento delle altre che sono di importanza capitale. Domanda cioè:

a) che la nomina del medico di bordo dei piroscafi mercantili sia fatta in seguito a concorso per titoli da una Commissione di cinque membri, uno dei quali in rappresentanza della Compagnia di navigazione e un altro per l'Associazione dei medici di bordo, la quale proceda senz'altro alla nomina del medico;

b) che qualsiasi accusa fatta al servizio del medico di bordo sia vagliata e giudicata da una Commissione della quale faccia parte il Comandante di Porto, un medico di Porto, un medico di bordo.

Senza queste riforme l'autorizzazione a viaggiare ottenuta per esami e la investitura a bordo delle funzioni di U. S. governativo, rimarranno due lustre inutili ed inefficaci.

Malgrado i titoli pomposi il medico nominato dalla Compagnia resterebbe sempre l'impiegato mantenuto e pagato dall'armatore al solo ed esclusivo scopo di difenderne gli interessi. Si ritornerebbe insomma alle disastrose condizioni per ovviare alle quali, recando offesa agli ordinamenti della Sanità Civile, si impose a bordo l'imbarco di un medico militare al quale venivano affidate le funzioni di direttore sanitario e di ufficiale sanitario governativo.

Questa completa indipendenza dalla Compagnia fu la ragione della buona prova che il medico militare potè fare a bordo. Buona prova che, posti in eguale situazione di libertà, daranno senza dubbio quei medici civili la competenza dei quali è garantita da un severo esame di Stato.

La Federazione, che tali voti approvava fino dal Congresso del 1920, unisce oggi l'augurio di una integrale accettazione da parte del C. S. S.

(Dalla *Feder. Medica*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9567) *Aumenti periodici di stipendio.* — Dott. A. B. da S. G. — La legge non stabilisce che il servizio interinale è calcolato nel periodo utile per l'acquisto degli aumenti quinquennali di stipendio. Però, siccome la giurisprudenza ha quasi univocamente ammesso che esso sia calcolato nel periodo di prova per lo acquisto della stabilità, con equivalente ragione è da ritenere che esso sia calcolato nel periodo di tempo necessario per gli aumenti sessennali o quinquennali. Nell'un caso e nell'altro deve essere seguito da regolare nomina in base a concorso, in quanto che la regolarità della nomina si riverbera sul servizio antefatto e lo rende utile e proficuo per tutti gli effetti di legge, cioè, sia per la stabilità come per i quinquennii.

(9568) *Aumenti quinquennali.* — Dott. A. M. da M. — Siamo di parere che il periodo di servizio interinale, come è ritenuto valido per l'acquisto della stabilità quando è seguito da regolare nomina in base a concorso, possa nelle medesime condizioni essere ritenuto egualmente valido per l'acquisto degli aumenti quinquennali.

(9569) *Soppressione di una condotta.* — Dott. M. S. da V. di P. — Qualora venga soppressa una delle condotte può essere licenziato il titolare della condotta che si sopprime, ancorchè stabile, senza incontrare l'obbligo di risarcimento di danni, ritenendosi il fatto come caso di forza maggiore. Non ha il diritto di chiedere che sia messo fuori servizio il collega, per avanzata età ed inettitudine pel lavoro. Sembra giusto che come fra i due condottati viene diviso lo stipendio sia del pari diviso l'aumento quinquennale. Il ricorso deve essere inviato al Governo del Re (Ministero dello Interno) entro 15 giorni.

(9571) *Alloggio del medico condotto.* — Dott. R. C. da M. — Il Comune non ha nessun obbligo di darle l'alloggio, nè di impegnarsi a trovarne uno. Dovrebbe, altrimenti, fare lo stesso, con tutti gli altri impiegati comunali. Prendendo l'aspettativa non si ha diritto di chiedere risarcimento di danni nè dal Comune nè dal padrone di casa nè da altri. Dott. JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 indenn. resid., addizion. L. 2; tre quinq. decimo. Serv. entro 20 g. Per due frazioni.

CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 settemb. Consorzi L. 7000 e tre sessenni decimo; L. 3400 cav., L. 1500 disag. resid. L. 600 uff. san.; caro-viv.

CASCIA (*Perugia*). — Condotta primaria prevalentem. chirurgica e condotta medica; L. 6000 pei pov., 3 quinq. decimo, L. 1800 c.-v., 50 % tariffa dai semi-abbienti; indenn. cavalc. da stabilire anno per anno, direz. ospedale L. 1000, uff. san. lire 600, ecc. Scad. ore 18 del 2 ottobre.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

COMO. *Ospedale Provinciale Psichiatrico.* — Due medici di Reparto; titoli scientif. e prat.; L. 9100, alloggio personale con mobili, illum. e riscald.; indenn. guardia; 7 trienni decimo; due c.-v. Documenti non oltre le ore 17.30 del 30 sett. alla Segret. della Deputaz. Provinciale. Età limite 36. Specchietto votazioni. Serv. entro 15 g. Biennio di prova.

CORIANO (*Forlì*) — Scad. 15 sett. Terzo reparto, comprendente le frazioni più lontane dal capoluogo, con ettari 2200 circa e popolazione di 2600 ab. Soli poveri, circa 800; L. 8000, ventesimi per dieci bienni, indenn. cav. L. 2500, disag. resid. L. 1000; casa d'abitazione. In corso un aumento a L. 10,000. Per gli abbienti tariffa dell'Ordine. Doppio c.-v.

COSEANO (*Udine*). — Al 25 sett. per Coseano e S. Vito di Fagagna, L. 8000, più L. 3000 mezzo trasp. e L. 800 uff. san.; doppio c.-v.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; L. 4500 nette, alloggio e vitto. Dopo un biennio di servizio, gli Assistenti interni in ordine di anzianità passeranno ad occupare i posti di assistente ordinario che si fossero resi vacanti collo stesso stipendio di L. 4500 aumentabili a L. 4800 dopo il 5° anno e a 5000 dopo il decimo anno.

MONTELANICO (*Roma*). — Abitanti 1973. Stipendio 7000 lorde; caro-viveri, aumenti quadriennali del decimo. Stato famiglia; iscrizione Ordine. Scadenza 30 giorni dal 10 agosto.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Due condotte. Vedi fasc. 35. Scad. 15 settembre.

ROMA. *Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica.* — Assistente effettivo; L. 5000; indenn. caro-viv. L. 1980. Titoli ed eventualmente esami (prova scritta di cultura; prova pratica di clinica). Limite di età anni 35. Presentazione dei documenti di rito e dei titoli entro il 30 settembre al Direttore dellIstituto (Policlinico Umberto I).

ROMA. *Opera Nazionale per l'Assistenza agli Invalidi di Guerra.* — Direttore tecnico-amministrativo del Sanatorio di Spesso (Venezia Giulia). Vedi fasc. 35. Scad. 15 settembre.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

SOAVE (*Verona*). — *Congregazione di Carità.* — È prorogato al 10 sett. il termine del concorso al posto di medico-chirurgo direttore dell'Ospedale.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita.* — Primario di chirurgia, assistente di medicina e radiologo; vedi fasc. 35. Scadenza 31 ottobre.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 sett. Residenziale. L. 6000, tre quinquenni decimo, L. 2000 per disagiata residenza, doppio c.-v.

VELLETRI (*Roma*). — Scad. 15 sett. Fraz. di Lariano; L. 8000, indennità cavalc. L. 1500; L. 200. Supplente, con l'obbligo anche della cura dei poveri abitanti nella frazione Montagna, L. 8000; indenni. cavalc. L. 1500.

Medico-chirurgo, 36enne, 7 anni pratica condotte, cerca ovunque buon interinato, possibilmente lunga durata, condotta residenziale, oppure posto assistente clinica, sanatori privati, assistenza ammalati, disposto viaggiare. Scrivere: Dott. V. T. - Montepescali (Grosseto). Fermo in posta.

Diffide.

Nuove diffide: Curino e Pertula (Novara).

Revoca di diffide: Castelferro (Alessandria); Porto S. Giorgio (Ascoli Piceno).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Alla direzione della Clinica ostetrica e ginecologica di Padova, resa vacante per la perdita del compianto prof. Ettore Truzzi, è stato chiamato ad unanimità da Parma il prof. Alessandro Bertino.

Il prof. Arturo Beretta, straordinario di odontoiatria a Bologna, è promosso al grado di ordinario.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Il prof. dott. Giuseppe D'Agata, direttore della Cattedra di patologia e clinica chirurgica dell'Università di Camerino, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

All'insigne professionista e scienziato i nostri rallegramenti cordiali.

Il dott. Francesco Cajone, di Palena (Chieti), è stato insignito della commenda della Corona d'Italia.

Sentite congratulazioni al valoroso e distinto collega.

Il dott. Stefano Zeni, da Monselice, è nominato cavaliere della Corona d'Italia, per benemerenze professionali.

Rallegramenti.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Giugno 1922.

MALATTIE	5-11 giugno		12-18 giugno		19-25 giugno		26 giugno 2 luglio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	159	908	160	892	134	702	130	627
Scarlattina. .	46	151	70	235	73	210	65	183
Vajuolo e vajoleide . . .	5	18	2	2	5	13	3	6
Tifo addominale . . .	112	195	122	249	131	291	167	289
Difterite e croup . . .	94	141	100	165	87	124	72	114
Meningite cerebro-spinale	—	—	2	2	1	1	3	3
Dissenteria	4	7	8	10	7	9	6	13

Tifo petecchiale, Colera asiatico, Peste bubbonica nessun caso.

NOTIZIE DIVERSE.

La celebrazione dell' Ufficiale Medico.

A celebrare la figura dell'Ufficiale Medico, che tra raffiche di morte riaccende la vita, che per ricomporre nuove trame di esistenza va incontro al sacrificio e al martirio più puri, sorgerà un monumento, piccolo di mole, ma ricco di alto contenuto morale, nell'atrio luminoso della Scuola di Applicazione di Sanità Militare, in Firenze, perchè da quella Scuola uscirono a migliaia i giovani Ufficiali effettivi e di complemento, ardore di gente italica diversa; perchè in quella Scuola il monumento sia meta di duraturo culto civile alle giovani generazioni che si avvicenderanno.

Vi saranno incisi i nomi gloriosi ed oscuri di tutti gli Ufficiali Medici caduti.

Le quote di sottoscrizione possono inviarsi o al capitano medico dott. Bocchetti, segretario generale del Comitato ordinatore, presso il Campo Sanatoriale di Anzio (Roma), oppure alla Direzione de *L'Italia Sanitaria*, piazza del Popolo 18, Roma, che pubblicherà l'elenco delle offerte.

Corso di medicina del lavoro.

Questo corso, organizzato presso la Clinica delle Malattie professionali di Milano (via S. Barnaba 8), per aderire alle molte richieste, vien ripetuto a distanza di quattro mesi dal precedente

corso rapido; avrà la durata di 45 giorni e si inizierà il 6 novembre 1922.

Come gli altri, avrà carattere pratico-dimostrativo, ma sarà più largo e completo.

Scopo precipuo di esso è quello di promuovere nei medici italiani una preparazione tecnica nel campo della medicina professionale e sociale, ossia nella *medicina del lavoro,* fornendo una cultura specializzata di patologia e igiene del lavoro, di infortunistica e di medicina sociale in genere, che si rende utile a tutti, ma indispensabile per chi sarà chiamato dalle organizzazioni sociali o da altre amministrazioni, alle nuove funzioni mediche che sono invocate per il Paese nostro (ispettori e medici di fabbrica, consiglieri medici di mutue, ecc.).

La stessa cultura specializzata potrà servire, non è chi non lo senta, ad accrescere anche in Italia, la evoluzione della medicina e dell'igiene verso i loro grandi rendimenti sociali.

Le materie che formeranno oggetto del corso, sono: 1. Etiologia generale nel campo della medicina del lavoro; 2. Patologia e clinica del lavoro; 3. Igiene del lavoro e igiene industriale; 4. Infortunistica; 5. Legislazione sociale italiana e comparata di medicina del lavoro e di previdenza sociale; 6. Statistica sanitaria del lavoro e demografia; 7. Storia della medicina del lavoro.

Avranno luogo visite ai più importanti stabilimenti industriali di Milano e circondario, allo scopo di dimostrare nelle più svariate lavorazioni l'attuazione pratica delle norme d'igiene industriale, di igiene sociale operaia, di prevenzione degli infortuni sul lavoro, ecc. Saranno pure visitati i più interessanti Istituti sanitari ed i più moderni impianti d'igiene della città.

I medici iscritti al corso verranno ammessi, a turno, a frequentare le sale degli ammalati degenti nella Clinica, gli ambulatori delle varie categorie di operai, ed i laboratori scientifici, con esercitazioni nei più moderni metodi d'indagine chimica, microscopica, batteriologica e sierologica, a scopo diagnostico ed igienico.

Il corpo insegnante, oltrechè dal personale ufficiale della Clinica delle malattie professionali, sarà costituito da altri professori della Facoltà medico-chirurgica Pavia-Milano e da altri cultori delle discipline che hanno attinenza colla medicina del lavoro.

I programmi dettagliati, coll'elenco del personale insegnante e cogli orari delle lezioni, verranno distribuiti all'inizio del corso.

Tutte le lezioni e conferenze avranno luogo nelle ore pomeridiane, mentre le ore antimeridiane verranno riservate alle visite degli stabilimenti ed alla frequenza alle sale cliniche, ambulatori, laboratori, ecc.

Al corso saranno ammessi, per ordine d'iscrizione, non più di 40 laureati in medicina e chirurgia.

Le domande dovranno essere presentate entro il 31 ottobre 1922, alla Segreteria dei RR. Istituti clinici: via Commenda, 12 - Milano. La tassa di iscrizione è di L. 150.

La Società per gli studi di Medicina del lavoro mette a disposizione del corso un fondo che consente di concedere il biglietto ferroviario di ritorno da Milano alla propria sede e la tassa versata, a dieci medici provenienti dal Mezzodì e dalle Isole, quando abbiano frequentato regolarmente il corso.

Sono a buon punto le pratiche per assicurare ai medici iscritti la pensione (vitto e alloggio) a L. 20 al giorno.

Agli iscritti che frequenteranno regolarmente il corso verrà rilasciato un diploma di frequenza.

Corso di perfezionamento in Dermosifilopatia.

Presso la Clinica Dermosifilopatica della Regia Università di Napoli, con l'approvazione del Ministero della P. I., è istituito un corso di perfezionamento in Clinica Dermosifilopatica, per laureati in Medicina e Chirurgia, allo scopo di istruire i medici nell'esercizio pratico di detta materia.

Il corso si inizierà il 30 ottobre 1922 ed avrà la durata di mesi due. Saranno impartite lezioni cliniche ed eseguite esercitazioni cliniche, di ambulatorio, di laboratorio e di terapia attenenti alla specialità. Il numero degli iscritti è limitato. Alla fine del corso e dopo aver superato la prova di esame sarà rilasciato un diploma, legalizzato dal Rettore. Tassa di iscrizione, comprese le spese, di L. 300. Le domande, in carta da bollo di L. 1.20, vanno indirizzate al prof. Rodolfo Stanziale, Direttore della Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Napoli, accompagnate dalla ricevuta di versamento della tassa di iscrizione, fatta all'Economato dell'Università, e dal certificato di laurea.

Congresso Nazionale di Storia critica delle scienze mediche e naturali.

Ricordiamo che è indetto a Bologna dal 24 al 26 settembre.

Si rivolge caldo invito ai relatori, ed a tutti quelli che vi parteciperanno con comunicazioni, come ai Soci, ed agli aderenti, di volere attenersi alle disposizioni del Regolamento già pubblicato dal Comitato ordinatore di Bologna presieduto dal chiarissimo sig. prof. D. Majocchi, via Giuseppe Petroni, 15).

Si avvertono altresì tutti i predetti Signori di volere rivolgere le richieste di iscrizione sollecitamente al Segretario generale prof. Raffaello Gurrieri (piazza Aldrovandi, 11 - Bologna).

XV Congresso Nazionale d' Idrologia e Climatologia.

Come è noto, il Congresso di Castellammare, nell'ottobre 1921, deliberava di riunire i soci dell'Associazione Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, i simpatizzanti e quanti hanno a cuore il divenire climatico e balneare dell'Italia e in particolare della Sicilia, a Palermo, durante la primavera del 1923.

Il Comitato che deve attendere alla preparazione del Congresso è presieduto dal prof. Liborio Giuffrè, ed ha iniziato i suoi lavori.

L'attesa per questo Congresso è grande e nelle riunioni parziali tenute in queste ultime settima-

ne a Milano, Firenze e Montecatini si sono predisposte intese per la più felice riuscita del Congresso, che contribuirà alla valorizzazione del patrimonio Balneo-Climatico della Sicilia e del Mezzodì.

Commissione Reale per lo studio delle questioni relative all'assistenza dell' infanzia.

Con Regio Decreto 23 luglio è istituita una Commissione con l'incarico di procedere allo studio delle varie questioni connesse alla protezione ed assistenza dell'infanzia abbandonata e debole e di proporre le norme legislative necessarie per l'organica e completa sistemazione della materia.

Il Decreto è preceduto da una efficace relazione che mette in evidenza l'urgenza del problema in armonia alle conseguenze della guerra e la necessità di assicurare alle nuove generazioni le energie fisiche e morali ad esse indispensabili per l'opera ricostruttiva.

Il Decreto riconosce l'insufficienza della nostra legislazione in riguardo alla necessità di un disegno di legge che coordini le energie statali e libere per la difesa dell'igiene fisica e morale dell'infanzia, che provveda alla tutela giuridica dei fanciulli, alla prevenzione della mendicità, del vagabondaggio e della criminalità e all'assistenza dei fanciulli legittimi ed illegittimi materialmente e moralmente abbandonati.

La Direzione dell'Istituto Italiano di Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale, che ha promosso quest'azione, mette in rilievo l'importanza della nomina di tale Commissione Reale, in cui l'Istituto è rappresentato dal suo Direttore in ossequio agli alti fini per cui l'Istituto stesso è stato creato ed attivamente opera.

Borse di studio.

Il Ministero per le Terre Liberate ha con decreto 21 luglio 1922, provveduto alla istituzione di n. 300 borse di studio di L. 2000 per l'anno scolastico 1922-923 in favore di studenti universitari bisognosi e meritevoli delle Terre Liberate della Venezia Giulia e Tridentina, nonche di cittadini italiani dei territori della monarchia austro-ungarica.

Aumento di tasse universitarie.

Con decreto 20 luglio è istituita una sopratassa annua di L. 150 per i corsi di varie facoltà e scuole, compresa la facoltà medica.

In memoria di Maffucci.

A Calitri, ove ebbe i natali il prof. Angelo Maria Maffucci, che dedicò la sua vita agli studii di anatomia patologica, si preparano solenni onoranze alla sua memoria.

Ad iniziativa dei professori on. Francesco Paolo Sgobbo ed Andrea Ferrannini è sorto un Comitato d'onore, di cui fanno parte insigni scienziati ed autorità politiche. Nella prima quindicina di settembre sarà inaugurata una lapide in marmo e bronzo con effige in rilievo del Maffucci, dovuta all'arte dello scultore De Candia. Il prof. Ferrannini pronunzierà il discorso inaugurale.

Le onoranze saranno degne dell'illustre scienziato, le cui scoperte geniali sulla tubercolosi ne resero il nome immortale e rispettato in tutto il mondo scientifico.

Coloro che desiderano inviare contributi potranno indirizzarli al sindaco di Calitri o al prof. on. Sgobbo, via Chiaia, 216 - Napoli.

Un' inchiesta sul chinino dello Stato.

La Società Agronomica Italiana e il Comitato Nazionale per le piante medicinali, aromatiche ed estrattive in Italia e Colonie, colla riserva di partecipazione di altri Enti scientifici e tecnici, hanno emesso un voto per un'inchiesta tecnico-amministrativa sulla Azienda del Chinino di Stato, da effettuarsi da persone competenti estranee alla Amministrazione.

Per gli Istituti della facoltà Medica di Roma.

È stata autorizzata per legge l'assegnazione straordinaria di L. 8,000,000 per la prosecuzione dei lavori di costruzione dei nuovi edifici per gli Istituti della Facoltà medico-chirurgica della Regia Università di Roma.

In onore del prof. Silvagni.

Intorno al prof. Luigi Silvagni, recatosi a Sulmona per ragioni professionali, si son dati convegno molti medici della regione. A un cordiale simposio il dott. Cozzoli dette il saluto dei colleghi; il prof. Silvagni ringraziò commosso e grato.

Per Emilio Kraepelin.

In seguito a vivo interessamento di parecchie notabilità è stata concessa dal governo Italiano al prof. Kraepelin la restituzione senza corrispettivo dei suoi beni in Italia, come da lettera di affidamento del Ministro T. Rossi all'on. F. Cazzamalli. I beni del celebre psichiatra in Italia consistono in una villa.

È questo un omaggio reso alla internazionalità della scienza.

Dopo anni di sofferenze che ne hanno lentamente consumata la forte fibra, ma non mai fiaccato la mente vivida e lo spirito alacre, si è spento a 63 anni nella sua natia Monterubbiano, il dott. prof. STEFANO MIRCOLI.

Tempra di studioso, animo aperto ad ogni ideale di umano progresso, volle e seppe assurgere dalla vita operosa di Medico Condotto alla carriera scientifica. Fu per molti anni apprezzato assistente del prof. Maragliano, e docente di Clinica Medica nella R. Università di Genova e di Roma. Pubblicò molti lavori che fanno fede della sua multiforme cultura e del suo geniale ingegno.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Ascoli Piceno lo ebbe fra i primi suoi Consiglieri, e ne rimpiange profondamente la perdita. M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 10 giu. — P. NOBÉCOURT e J. PARAF. Profilassi del morbillo con le iniezioni preventive di siero di convalescente. — R. BENSAUDE e P. HILLEMAND. Il cateterismo esofageo.

Mediz. Klinik, 10 giu. — I. BOAS. Trattamento delle emorroidi con le iniezioni.

Deut. Mediz. Wochens., 9 giu. — ZWEIFEL. Come impedire la febbre puerperale. — BETTMANN. Etiologia della psoriasi. — W. HEYN. La dermatite salvarsanica. — G. ETTISCH. Meccanica dello sviluppo e medicina pratica.

Brit. Med. Journal, 10 giu. — S. E. KARK. L'eclampsia: l'evoluzione come fattore causale.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mag. — Numero su Cajal.

Gaz. d. Hôp., 6 e 8 giu. — P. BÉHAGNE e J. BEYNE Psico-fisiologia dell'aviatore. — FERREYROLLES. Desensibilizzazione specifica curativa.

Clin. Ostetrica, 31 mag. — E. DE LONGIS. Puerperio senza lochiazione.

Revue Tunisienne des Sc. Méd., mag. — MASSELOT. Meningo-radicolite e mielite sifilitica.

Pathologica, 15 giu. — A. CASTELLANA. Fagocitosi del bacillo tubercolare in diverse condizioni.

Lancet, 17 giu. — G. HOLMES. I sintomi clinici delle affezioni cerebellari e loro interpretazione. J. MCINTOSH, W. W. JAMES e P. LAZARUS-BARLOW. Origine batterica della carie dentale. — H. NOGUCHI. Ricerche sulla febbre gialla.

Münch. Mediz. Wochens., 16 giu. — G. AXHAUSEN. Interruzioni della nutrizione epifisaria nell'uomo. — T. GOTH e T. WILDBRETT. Eclampsia dei lattanti. — O. LUBARSCH. L'infiammazione.

Riforma Med., 12 giu. — U. PARODI. Sulla patogenesi del morbo di Bright; le sclerosi renali ipertoniche. — E. RUGGERI. Prova del pasto grasso colorato. — P. DE TOMMASI. Vaccinazione antitubercolare e cutireazione.

Gaz. d. Hôp., 13 e 15 giu. — A. CANGS e R. ARGAND. Le «nodosità juxta-articolari» sifilitiche.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 giu. — SALESQUEJ. Profilassi delle deformità fisiche dell'infanzia.

Paris Médical, 17 giu. — Numero sulla ginecologia.

Bull. Ac. de Méd., 30 mag. — E. LEGRY. Ascesso fibroso del fegato.

Radiologia Med., giu. — O. ALBERTI. La sindrome scafoidea del Köhler.

ARCHIVI.

Revue Neurol., apr. — R. LEY. Tumore dell'infundibulum (tuber cinereum); integrità dell'ipofisi; sindrome adiposa. — G. PAPASTROTIGAKIO. Malaria «nervosa». — DEMY e KLIPPEL. Encefalite epidemica e apparenza di demenza precoce.

Arch. di Antrop. crimin., Psich. e Med. Leg., gen.-apr. — L. VERVACK. Il metodo antropologico nel trattamento dei condannati. — R. ROMANESE. Infezioni gassose post-abortive. — L. DEVOTO. La pellagra in Lombardia e nella Venezia Tridentina dal 1900 in poi.

Annali d'Igiene, apr. — V. PUNTONI. Virus rabico fisso ad esclusiva virulenza cerebrale. — A. CASTELLI. Divisione delle forme anulari dei parassiti malarici. — F. PICCININNI. Il contagio della peste alla luce di un recente episodio. — F. PICCININNI. Le difficoltà della diagnosi batteriologica della peste in alcuni casi di eccezione. — F. e S. DE BUEN. Sull'acclimatazione della «Gambusia affinis».

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 11 Settembre 1922 Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Ricerche sperimentali sulla cheratite e sulla meningo-encefalite erpetica. (1)

Prof. GIUSEPPE MARIANI.

Furono eseguite ricerche comparative sui conigli partendo da materiale umano di herpes febrilis, herpes genitalis ed herpes Zoster.

1) *Herpes febrilis*. — Col contenuto di vescicole fresche di erpeti febbrili comparsi sulla cute e muccosa labbiale di individui affetti da svariate forme infettive generali si è ottenuto quasi costantemente per scarificazione sulla cornea del coniglio, dopo un'incubazione di circa ventiquattro ore, un processo più o meno intenso di cheratocongiuntivite ed iridociclite che evolve ordinariamente in una ventina di giorni, lasciando spesso dei notevoli reliquati. È possibile ottenere il passaggio in serie da cornea a cornea nei conigli di tali lesioni; dopo un certo numero di passaggi però si ha una rilevante progressiva attenuazione del virus.

Il momento più opportuno per ottenere il trapianto cade nel terzo-quinto giorno dell'evoluzione della cheratite; dopo il decimo giorno il trapianto riesce per lo più negativo; è però riuscito il trapianto anche in diciassettesima giornata. L'ordine di svolgimento delle lesioni è il seguente: congiuntivite, cheratite, circoscritta lineare o puntiforme, iridociclite; regressione della congiuntivite e approfondamento della cheratite; talvolta formazione di micropustole e di ulcerazioni corneali; regressione della ididociclite; regressione della cheratite; fenomeni di riparazione e postumi corneali.

(1) Comunicazione alla Società Medica-Chirurgica di Pavia nella seduta del 9 giugno 1922.

Dal punto di vista anatomopatologico si osservano fenomeni di intensa iperemia, edema, infiltrazione acuta della congiuntiva con prevalenza di elementi polinucleati pseudo eosinofili in un primo tempo, poi con prevalenza di cellule mononucleate e di plasmazellen; nella cornea e nella sclerotica si ha dapprima una infiltrazione superficiale diffusa di polinucleati pseudo eosinofili e linfotici, poi scompaiono i polinucleati, e si hanno focolai ben delimitati o strisce o accumuli profondi di linfotici, mononucleati grandi, plasmazellen fibroblasti di vario tipo; gli sfaldamenti epiteliali sono fenomeni precoci, e gli epitelii appaiono rigonfiati, presentano vacuali nel protoplasma e alterazioni nucleari svariate, in parte coll'aspetto delle note inclusioni cellulari pseudo-parassitarie. Non si crede di poter stabilire una vera identità, ma solo qualche affinità generica coi processi caratteristici che si riscontrano all'esame microscopico delle vescicole di herpes; così pure non sembra si sia autorizzati ad attribuire un particolare valore alle cosidette inclusioni cellulari che furono descritte come in rapporto diretto colla presenza del virus erpetico.

Si possono avere ampie cadute di epitelii, abrasioni od ulcerazioni con modificazione del tessuto proprio della cornea e fitta infiltrazione dei margini delle perdite di sostanza, come esiti di microascessi corneali, sempre con prevalenza degli elementi linfocitoidi e plasmacellule. La reazione di iridociclite, spesso, molto intensa, si sviluppa sotto forma di dilatazione vasale; infiltrazione a focolai compatti linfocitari-plasmocellulari nel tessuto proprio dell'iride e dei processi ciliari; il massimo dello sviluppo si ha verso l'ottavo-decimo giorno, per iscomparire generalmente verso il quindicesimo-diciottesimo. Durante il periodo di regressione della cheratite si osservano accumuli di linfociti e di cellule plasmatiche, ben delimitati, attorno ai vasi dilatati e con pareti ipertrofiche nella regione del limbo e nelle regioni prossime della sclera; l'epitelio si riforma ipertrofizzandosi; nella parte media e profonda della cornea si può avere un tessuto sclerotico infiltrato persistente molto a lungo.

Non si è potuto rilevare il costituirsi di una vera e propria immunità della cornea che ha superato una infezione erpetica e tanto meno dell'altra cornea dello stesso animale contro un nuovo virus erpetico od anche contro il virus di cheratite erpetica della stessa origine.

Non furono notate recidive spontanee della cheratite risoluta, ma si è osservata la comparsa spontanea di una cheratite nell'altro occhio quando già l'affezione era in un grado avanzato di regressione nell'occhio inoculato (diciottesima giornata).

Riuscirono senza effetto tutti i tentativi di inoculazione del materiale erpetico umano e di cheratite erpetica per via cutanea, sottocutanea, endovenosa, endoperitoneale, endotesticolare.

Negativi furono pure i tentativi di inoculazione anche per via corneale con liquido cefalo-rachidiano di un ammalato affetto da meningite acuta di natura non precisata, il quale presentava vescicole di *hespes febrilis* che diedero materiale virulentissimo per la cornea dei conigli.

In un numero relativamente notevole di casi (20 % circa) sopravvenne nei conigli colpiti da cheratite erpetica un quadro morboso a fenomenologia nervosa caratterizzato da contratture muscolari, emiparesi, rotazione sul lato paretico, movimenti di maneggio, opistotono, trisma, ipertermia, dispnea; durata circa quarantotto ore; esito letale.

In qualche caso i disturbi nervosi si svilupparono uno o due giorni dopo la subita enucleazione del bulbo oculare affetto da cheratite, senza che per altro si verificassero fenomeni suppurativi a carico del moncone; in altri casi lo stesso quadro si stabilì senza che si fosse praticato alcun intervento locale, in pieno periodo di sviluppo della cheratite; la morte si verificò dal dodicesimo al ventiquattresimo giorno dopo l'inoculazione corneale di materiale erpetico.

All'autopsia non si mise in evidenza nessun fatto degno di nota all'infuori di un diffuso edema ed iperemia meningea e della sostanza cerebrale corticale con qualche piccolissimo focolaio emorragico. L'esame microscopico coi metodi comuni di colorazione fa rilevare in tutti i casi, in grado però molto diverso, un processo di meningite e di encefalite corticale diffusa rappresentato: da uno spiccato edema e dilatazioni notevoli dei vasi delle meningi in corrispondenza della volta, della base e dei ventricoli; da più o meno intensa infiltrazione diffusa sottomeningea e da piccole raccolte a focolaio o diffusi e notevoli accumuli infiltrativi perivasali nella sostanza cerebrale corticale; scarse le lesioni degli endotelii; gli elementi infiammatorii sembravano preferibilmente raccolti negli spazi linfatici perivasali.

Le cellule di infiltrazione sono costantemente rappresentate da: linfociti, mononucleati voluminosi con cromatina abbondante talora in cariocinesi, e nucleoli evidenti, cellule plasmatiche ad uno o due nuclei; rarissimi polinu-

cleati eosinofili, in qualche caso globuli rossi. Mancano lesioni grossolane cellulari del tipo di quelle descritte col nome di neuronofagie. Simili reazioni perivasali si possono osservare in grado mediocre di sviluppo in varii segmenti del cervello, ma sono sempre più spiccate e prevalgono nettamente le alterazioni a carico delle meningi e della corteccia.

Le minute lesioni strutturali degli elementi nervosi messe in evidenza con metodi speciali sono tuttora oggetto di studio e saranno descritte in una prossima nota. Mi pare fin d'ora però di dover insistere sulla prevalenza delle lesioni meningee e corticali su quelle degli altri segmenti cerebrali.

2) *Herpes genitalis.* — Si è ottenuta ripetutamente colla scarificazione corneale con materiale di vescicole di *herpes genitalis* la produzione di una cheratocongiuntivite e iridociclite, che ricorda esattamente nei suoi caratteri clinici e anatomo-patologici quella ottenuta coll'*herpes febrilis;* però l'attecchimento di questi materiali è meno costante di quello febbrile e se il materiale non è prelevato da vescicole recentissime, si ha spesso esito negativo; anche i trapianti si ottengono meno facilmente ed il virus sembra esaurirsi più rapidamente.

Non si è rilevato lo stabilirsi di uno stato immunitario assoluto corneale contro il virus, nè si è ottenuta una immunità crociata verso il virus erpetico febbrile e viceversa.

Anche in rapporto collo sviluppo della cheratite erpetica di origine genitale, si è osservata la comparsa di una fenomenologia nervosa con esito letale, ma molto più raramente; del resto i sintomi clinici ed i reperti anatomo-patologici corrispondono perfettamente a quelli che si osservano nei casi di meningite o meningoencefalite secondaria a cheratite da *herpes febrilis;* in complesso però si ha l'impressione di trovarsi di fronte ad una reazione di minore intensità. Si è confermata la possibilità del trapianto sulla cute del braccio di lesioni erpetiche con materiale prelevato da vescicole di erpes genitale dello stesso individuo.

3) *Herpes Zoster.* — La maggior parte dei tentativi di inoculazione per scarificazione corneale dei conigli con materiale di vescicole recenti di *herpes Zoster* diede risultati negativi; in un caso si ebbe una cheratocongiuntivite acutissima con ipopion e panoftalmite purulenta, senza alcuno dei caratteri della infezione erpetica; in un solo caso si ebbe lo sviluppo di una cheratite che si potè riprodurre per impianti successivi sulla cornea di altri conigli, conservando clinicamente e anatomopatologicamente dei caratteri molto affini a quelli delle cheratiti da erpes febbrile o genitale; assenza di fenomeni nervosi.

Non ci sentiamo autorizzati da queste sole osservazioni ad ammettere od escludere una cheratite erpetica da herpes Zoster.

4) *Prove di controllo.* — Fu praticata una serie di inoculazioni per scarificazione su cornea di coniglio con materiale prelevato da vescicole di eczema, da vescicole e bolle di dermatite erpetiforme, di pemfigo volgare, di eritema polimorfo; con materiale di mollusco contagioso e papillomi; e infine con materiale colturale di svariati microorganismi piogeni provenienti da vescicole di *herpes febrilis* o *genitalis.*

I risultati furono del tutto negativi nel senso che o non si provocò alcuna reazione corneale oppure si determinò la comparsa di cheratocongiuntivite con caratteri clinici e anatomopatologici differenti da quelli delle cheratiti provocate direttamente con materiale di *herpes febrilis* o *genitalis.*

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE LANCIARINI
DI SASSOCORVARO.

Cisti ovarica di sinistra, con torsione di un peduncolo aderente a utero gravido, simulante rottura di gravidanza tubarica a destra. - Operazione e guarigione.

GIOVANNI ONANO, chirurgo.

Chiamato, accorsi d'urgenza al letto di una donna sui trent'anni che soffriva di atroci dolori al basso ventre con vomito, singhiozzo. La donna — gravida di sei mesi — era peritonitica con polso piccolo, frequente; faccia ipocratica ed in certissimo pericolo di vita. I dolori ed il vomito datavano da qualche giorno, ma il singhiozzo ed il peggioramento pericoloso, che consigliò i famigliari dell'inferma a chiamar me, datavano da poche ore. Un esame sommario mi convinse di gravidanza estrauterina, rotta o quasi, e peritonite reattiva. Credevo di palpare l'utero normale a sinistra, perchè effettivamente delimitavo un corpo grosso quanto un utero normale nell'ipogastrico di sinistra, corpo che proseguiva a destra in una altra tumescenza molto più voluminosa, con la quale aderiva e faceva tutt'una massa.

L'operazione s'imponeva.

Trasportata l'inferma all'ospedale, previa rachianestesia, aprii l'addome, nel quale notavansi liquido sanguinolento e grumi di sangue precedentemente travasato. Utero gravido spostato a destra ed una massa aderente all'utero a sinistra. Per veder meglio, e darmi conto delle lesioni, allungai il taglio in alto, estrassi dall'addome tanto l'utero che l'altra

massa e notai che il peduncolo della massa di sinistra, aderente all'utero era molto teso, con torto, in via di cancrena e quasi rotto. La stessa massa aderiva al colon discendente, dal quale si era in parte distaccata, e all'omento, dal quale pure si era distaccato in una porzione della larga aderenza.

Compresi che l'emorragia, verificatasi prima dell'operazione dipendeva in parte dal distacco della massa dal colon e dall'omento ed in parte dalla quasi rottura del peduncolo aderente all'utero.

La donna era emaciata e, prima dell'operazione avevo notato che era albuminurica (inorina estratta al catetere) ed aveva scolo vaginale di sostanza purulenta, per cui, allo scopo anche di evitare una complicanza di aborto infetto nel periodo postoperatorio, in se stesso grave, venni nella determinazione di svuotare subito l'utero, il che mi servì anche per allargarmi il campo durante l'atto operativo, reso quasi impossibile dal globo gravido, malgrado l'adatta posizione e l'estroflessione dell'utero.

Ciò fatto resecai il peduncolo aderente all'utero, completai il distacco dalle aderenze della massa patologica che trovavasi nella parte sinistra dell'addome; suturai la parete del colon lesa dal distacco dell'aderenza; legai la porzione d'omento sanguinante, resecandone l'estremità e tolsi dall'addome una massa quasi nera e contenente liquido sieroematico.

Trattavasi di una cisti. Per le stesse ragioni supreme che mi consigliarono il vuotamento dell'utero praticai quindi la isterectomia alla Porro: toilette dell'addome, sutura.

Decorso postoperatorio turbato nei primi giorni dalla persistenza dei fatti peritonitici febbrili, cessati dopo il quinto giorno dall'operazione. Al trentesimo giorno l'ammalata esce guarita dall'ospedale.

Come spiegare l'errore della diagnosi ed il meccanismo d'azione della torsione del peduncolo?

La cisti grande quanto un utero normale a sinistra aderente all'utero gravido (adagiato completamente, anzi voltato alla parte destra dell'addome) poteva da sola far pensare alla gravidanza tubarica di destra, tanto più che la cisti sembrava facesse tutt'un corpo con la massa gravidica.

Ma vi erano i fatti peritonici che parlavano per una rottura, se non completa, parziale di un tumore gravidico dentro l'addome; quindi maggior materiale per facilitare la simulazione della gravidanza estrauterina.

In quanto al meccanismo d'azione della torsione del peduncolo, bisogna pensare allo spostamento a destra della massa gravidica e trazione verso di se della cisti aderente con stiramento del peritoneo nel punto d'adesione e formazione di un peduncolo. In seguito ad una trazione esagerata dell'utero gravido la cisti dovette girare su ste stessa, eseguendo una specie di capitombolo, ed il peduncolo si contorse. Da ciò il resto dei fenomeni osservati: comuni tanto alle torsioni dei peduncoli quanto ad altre forme patologiche addominali, che solo l'atto operativo può spesso volte rendere chiare. Davanti all'imponenza di questi fenomeni non c'è da perdere tempo e solo con tempestiva operazione si salva un ammalato.

Un caso di sinfisiectomia parziale " alla Costa ,, nella pratica di condotta.

Dott. REDENTO BADER.

Ho avuto occasione di eseguire nella pratica di condotta una sinfisiectomia parziale. I risultati furono ottimi; la tecnica mi è apparsa facile; scevra di pericoli ed alla portata, si può dire, di ogni medico. Perciò credo opportuno di illustrare il caso, premettendo alcune nozioni.

La sinfisiectomia parziale superiore (*Riforma medica*, n. 32, 1921) è una operazione ideata ed eseguita dal prof. Costa, direttore della R. Scuola d'Ostetricia e Maternità di Novara; consiste nella esportazione della sinfisi pubica per il tratto compreso tra la spina del pube di un lato e quella del lato opposto per l'altezza di un centimetro circa. Lo scopo è quello di aprire nei bacini stenotici, il passaggio alla parte presentata, così che questa dallo stretto superiore, dove è arrestata, scenda nello scavo.

Importantissimo in questa operazione è il fatto, che con essa si ottiene un allargamento permanente del bacino, il che è quanto dire, che eseguita una volta, non rigenerandosi più la parte osseo-cartilaginea esportata, serve per tutti i parti, che eventualmente potessero succedersi.

I limiti in cui l'operazione può venir praticata sono segnati dai bacini ristretti in modo simmetrico (bacini semplicemente piatti, o totalmente, regolarmente ristretti) con coniugata vera non inferiore a 75 millimetri.

L'operazione può esser fatta in gravidanza, in travaglio di parto od anche sulla donna non gravida.

La tecnica è la seguente: incisione trasversale (leggermente curva a concavità superiore) in corrispondenza della sinfisi pubica della cute e dell'aponeurosi; scollamento di questa un poco in alto per scoprire i muscoli retti ed i piramidali; separazione sulla linea mediana dei detti muscoli ed introduzione di una compressa per proteggere le parti molli, che formano lo spazio del Retzins; incisione dei muscoli retti e piramidali, alla loro inserzione sul pube per circa 2 centimetri a destra ed a sinistra sulla linea mediana; asportazione con scalpello, o

con una tenaglia tagliente o con pinza ossivora, del tratto osseo cartilagineo, che va da una spina o tubercolo del pube all'altro, compreso sia anteriormente, che posteriormente i legamenti ed il periosto (allo scopo di evitare la rigenerazione osseo-cartilaginea). Si smussano i margini della ferita osseo-cartilaginea con un cucchiaio tagliente e si passa alla sutura.

Il campo operatorio è extraperitoneale, è privo di vasi pericolosi, sì che di solito non si richiede nemmeno l'applicazione di una pinza emostatica.

La sinfisiectomia parziale è stata eseguita 6 volte dal prof. Costa; 2 volte dal suo assistente dott. Loschi; una volta dal prof. Oliva, direttore della Maternità di Genova, sempre con successo, senza che nelle operate rimanessero postumi di sorta. Le operate riesaminate anche dopo 16 mesi dall'intervento non presentarono nè rigenerazione ossea, nè callo, sicchè in effetto l'operazione può ritenersi a carattere permanente.

Per tutte queste constatazioni sono stato spinto ad operare di sinfisiectomia parziale M. Caterina di 29 anni contadina, coniugata, abitante alla Frazione Marasco del Comune di Borgoseria. Essa non presenta nulla di notevole nel gentilizio; secondipara. Il parto antecedente terminò con una applicazione di forcipe allo stretto supeiore, dopo essere stata la donna in periodo espulsivo per circa 3 ore. Il feto venne estratto asfittico e morì poco dopo.

Ebbe l'ultima mestruazione il 20 giugno 1921. Donna di statura bassa, non stigmate di racnitismo. I dolori cominciarono alle ore 5 del 22 marzo 1922. Chiamata la levatrice, questa avvertì, che la testa fetale trovavasi mobile all'ingresso pelvio, per cui sapendo del parto antecedente richiese l'opera dello scrivente. Giunsi presso la gestante alle ore 12 e riscontrai:

Testa mobile allo stretto superiore, dilatazione della bocca uterina di 3 cm., sacco integ o, contrazioni regolari per intensità e frequenza; doppio battito regolare nel quadrante inferiore di destra. Diametri: fra le creste 26,5; fra le spine sup. ant. 24: bitrocanterico 30,5; C. E. 18,5; C. D. 9,7; C. V. 8,2.

Vedendo che il parto non progrediva e tenendo conto dell'antecedente decido, come dissi, la sinfisiectomia parziale alla Costa; alla quale la donna e la famiglia acconsentono; per ciò ritorno in paese per provvedermi del necessario. Intanto verso le ore 14,30 avviene la rottura del sacco; testa sempre mobile allo stretto superiore; battito fetale regolare; utero in contrazione spastica; la donna dà segni di stanchezza.

Alle 17,30, mentre la testa deborda sempre mobile dallo stretto superiore, inizio l'atto operativo previa nercosi morfiocloroformica. La donna è messa sul margine di un tavolo con le coscie lievemente pendenti; svuota la vescica, faccio la tricotomia e la disinfezione alla Grossrich e sviluppo la tecnica sopradescritta. Non ho incontrato difficoltà; nessuna emorragia; no fatto sollevare in alto la testa fetale con una compressa tenuta da chi mi assisteva; ho esportato la parte osseocartilaginea con una comune pinza ossivora. L'operazione è durata in tutto 25 minuti. Mentre suturavo le pareti, misi la donna, seguendo il consiglio del prof. Costa, con le coscie accavallate una sull' altra (con ciò si allarga il diametro trasverso dello stretto superiore e la stessa incisura della sinfisiectomia e si facilita la discesa della testa) ed ebbi la grata sorpresa di constatare, come la testa fetale discendesse nello scavo sotto le modiche contrazioni dell'utero, essendo la donna in leggiera narcosi. Per altro il parto decorse con perfetta regolarità, con esito spontaneo circa 2 ore e mezza dopo l'operazione. Feto vivo non sofferente con tutti i caratteri di essere a termine (Biparietale anatomico mm. 90, biparietale ostetrico mm. 88). Puerperio assolutamente regolare, apiretico. Tolsi le agrafes in 6° giorno; ferita addominale guarita per primam; la donna si alza al 10° giorno e cammina senza disturbi e senza fatica.

La sinfisiectomia parziale a mio avviso, per la sua facilità, per i buoni risultati, che può dare, come ha dato a me, merita di essere diffusa nella pratica; tanto più che non richiede nessun strumentario speciale e se in realtà i suoi effetti valgono anche per tutti i parti successivi, rappresenta un grandissimo progresso nella terapia delle viziature pelviche.

Borgosesia, 20 aprile 1922.

NOTE PREVENTIVE.

ISTITUTO DI PAT. SPECIALE MEDICA DIMOSTRATIVA DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. P. E. LIVIERATO.

Sulla patogenesi del pallore degli arteriosclerotici.

Ricerche sul potere emolitico dell'estratto di vasi ateromatosi.

NOTA PREVENTIVA del dott. L. GROSSI.

L'intenso pallore degli arteriosclerotici che caratterizza quello stadio della malattia contraddistinto da Huchard con la denominazione di «cachessia arteriosa», appunto perchè contrassegnato principalmente dal pallore della cute e delle mucose, mi ha indotto ad indagare se eventualmente non esistano nel sangue degli arteriosclerotici, fattori di emolisi provocati dalle alterazioni ateromatose dell'intima.

Perciò, mentre ho iniziato ricerche ematologiche al fine di accertare se nel sangue di ammalati di tal genere esista ipoglobulia od ipocromemia, ricerche che, per essere conclusive, vanno estese su larga scala, ho proceduto ad indagini sulla presenza di emolisine nell'estratto di vasi ateromatosi.

Credo opportuno riassumere in nota preventiva i primi risultati.

Tenuto conto dei diversi altri fattori che, oltre ad eventuali alterazioni provocate dal processo morboso, causa della morte, possono concorrere a produrre emolisi, ho constatato in un discreto numero di ricerche che:

1° Ad alte dosi di estratto avviene emolisi totale sia con quello di aorta ateromatosa che con quello di aorta sana.

2° A piccole dosi l'estratto di aorta ateromatosa provoca emolisi più frequentemente e completamente di quanto non avvenga con estratto di aorta sana.

Nelle prime indagini ho messo in contatto di estratto di vasi ateromatosi globuli rossi di bue e di montone freschi e ripetutamente lavati; in successive esperienze ho sostituito a questi ultimi, globuli rossi di uomo.

Ho iniziato contemporaneamente una seconda serie di ricerche al fine di indagare.

1° Se gli estratti di vasi ateromatosi hanno potere attivante un processo emolitico;

2° Quali rapporti passano eventualmente fra queste proprietà emolitiche e la presenza di sali di calcio, di colesterina e di lecitina;

3° Se di tale emolisi si ha conferma nella presenza di pigmenti biliari ed urobilina nelle urine.

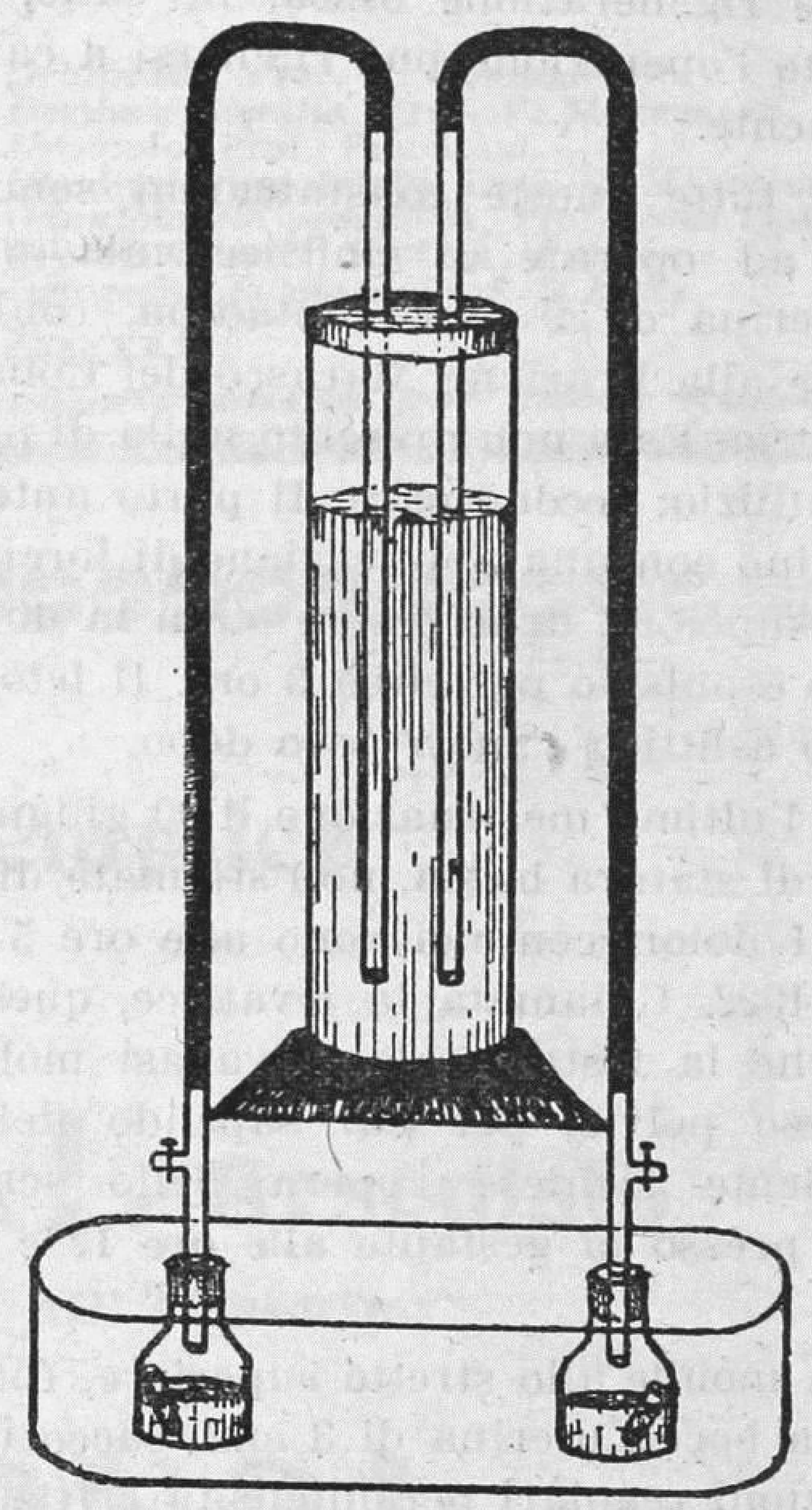
Queste ultime ricerche, attualmente in corso, non mi permettono di trarre conclusioni.

COMMENTI.

Per la determinazione dell'urea

L'ureometro descritto nel n. 14 del *Policlinicò* come un nuovo apparecchio per la determinazione dell'urea, non può considerarsi di nuova invenzione; si tratta, e tutti quelli che si interessano di chimica fisiologica se ne saranno certo accorti, di un veccio ureometro usato in molti gabinetti e noto, se non erro, col nome di ureometro del Duprè. L'unica differenza consisterebbe nel calibro capillare della pipetta, innovazione questa che non credo molto vantaggiosa, costituendo per sè stessa una nuova causa d'errore.

Detto apparecchio venne da me usato alcuni anni or sono per ricerche sulla costante di Ambard, ed allo scopo di rendere più spiccia



e più esatta la determinazione vi apportai allora modificazioni che mi hanno risposto abbastanza bene, e credo forse non del tutto inutile descrivere.

Io ho riunito due ureometri in un unico apparecchio, le due pipette pescano in un unico cilindro pieno d'acqua, le due boccette in cui avvengono le reazioni tra l'urea e l'ipobromito si immergono pure in una vaschetta piena di acqua.

In una boccetta si pone un tubetto di vetro colla soluzione da titolare, nell'altra un tubet-

to simile con una uguale quantità di soluzione d'urea esattamente titolata all'1 %.

Avvenuta la reazione, si leggono i volumi di azoto (riportati naturalmente alla pressione atmosferica spostando le pipette) ed il titolo della soluzione da esaminare si ottiene facilmente dividendo il volume del gas da essa svolto, per quello svolto dalla soluzione titolata di urea.

I risultati sono assai precisi, per quanto mi risulta da varie prove fatte allora con soluzioni d'urea esattamente titolate, il calcolo semplicissimo, sono eliminati il termometro ed il barometro, colle cause d'errore da essi dipendenti.

Prima di finire, per dare a ciascuno il suo, dirò che l'idea di fare la determinazione per confronto con una soluzione titolata di urea l'ho presa dall'ureometro di Simanowsky; in questo però i recipienti in cui la reazione avviene sono immersi nell'aria, ed uniti rigidamente alla pipetta, non possono perciò essere agitati per facilitare e completare la reazione, ed il diverso calore che in essi si svolge rende i risultati assai meno precisi.

L'apparecchio da me modificato venne descritto nella mia tesi di laurea (Pavia 1914).

Comazzo, 7 aprile 1922.

Dott. PILADE CLARA.

IGIENE.

Sulla profilassi dell' influenza

per il dott. DOMENICO FALCIONI
medico del Municipio di Roma.

Stimiamo probabile che l'influenza, la vera forma ultradiffusiva ed ultraletale tornata nel 1918, scomparirà per un lungo periodo di tempo dopo la ripresa dell'inverno decorso o qualche altra eventuale, ma sempre più limitata, manifestazione epidemica.

Siamo indotti ad ammetterlo dall'immunità consecutiva, da numerosi osservatori ormai assodata — molte presunte recidive d'influenza non sono verisimilmente che casi di epidemie catarrali frequenti nelle stagioni invernali e primaverili, per consuetudine battezzate collo stesso nome, ovvero casi di comuni affezioni dell'albero respiratorio alle quali si può essere maggiormente predisposti dopo avere superato l'influenza, — immunità che riteniamo, se non assoluta, di assai lunga durata, avendo ancora una volta potuto rilevarla, sia constatando la diffusione dell'epidemia per famiglie, fra quelle risparmiate nel 1918-19, sia constatando la mancata morbosità di tante altre, non ostante l'esposizione al contagio.

Ce ne persuade inoltre la storia di questa epidemia; l'influenza infatti in tempo relativamente breve si è sempre dileguata, si debba questo comportamento ad esauribilità del virus, oppure all'avere immunizzato, ciò che crediamo più probabile, tutte le persone che abbiano presentato la possibilità di contagiarsi.

Ma, pur dovendo ritenere l'influenza, come accennavamo, quale epidemia destinata a non destare eccessive preoccupazioni per un lungo periodo di anni, stimiamo ugualmente utile esporre intorno alla sua profilassi alcune osservazioni che ci vengono suggerite da una esperienza oramai lunga sull'argomento.

Contro l'influenza, sebbene non sia possibile, data la rapida ed estesa sua diffusione, mettere in pratica i metodi di lotta comuni ad altre malattie trasmissibili, si cerca tuttavia di agire con svariati provvedimenti.

Si rivolgono speciali cure alla pulizia delle strade, all'allontanamento delle immondizie dalle abitazioni, allo spazzamento per via umida anzichè per via secca.

S'insiste sulla disinfezione dei locali pubblici: scuole, teatri, cinematografi, officine, caserme, sale d'aspetto ferroviarie e dei mezzi di trasporto vagoni, tram, ecc.

Si è perfino giunti a raccomandare di non intraprendere lunghi viaggi, a tenere aperti i finestrini delle vetture, a limitare le funzioni religiose, a proibire gli accompagnamenti funebri, l'ingresso nei cimiteri, a disinfettare le strade...

Ma con questi provvedimenti, sebbene alcuni indiscutibilmente lodevoli, se si riesce ad appagare l'opinione pubblica, che in speciali circostanze ha assoluto bisogno di vedere fare molto, sia pure inutilmente, spesso però non si riesce a diminuire di un solo caso l'andamento dell'epidemia e ciò perchè, mentre si dà grande impulso alle misure d'igiene generale, alle misure di profilassi pubblica, non si richiama quanto sarebbe necessario l'attenzione su quelle d'igiene individuale; perchè invece di far convergere tutti gli sforzi a che possibilmente venga schivato il germe dell'influenza da dove si trova attivo e virulento, si mira più che altro a combatterlo nell'ambiente dove è presumibile rimanga innocuo.

Ed invero, è difficile allo stato attuale delle nostre conoscenze sull'etiologia dell'influenza precisare in modo assoluto quanto il germe possa rimanere attivo fuori dell'organismo.

Se però si considera che con le dovute precauzioni si possono accostare malati e con-

vivere con essi, se si considera, è stato rilevato da tanti osservatori, che coloro i quali vivono isolati rimangono immuni dall'influenza, se si considera che l'accensione di focolai di questa malattia nei vari centri è sempre dovuta ad emigrazione di persone malate e che la diffusione in essi risulta nel modo più evidente causata dal contagio da uomo ad uomo, ci si convince facilmente che, se anche il germe sia capace di mantenersi in vita per qualche tempo, abbandonato il corpo del paziente, non possa trovarsi attivo allo stato di essiccamento e che di conseguenza, poichè la trasmissione della malattia non può accadere per mezzo dell'aria, riesca assolutamente inutile combattere il germe nell'ambiente.

Al manifestarsi quindi di un'epidemia d'influenza si farà opera sempre proficua, non fosse altro per contribuire all'integrità dei nostri naturali mezzi di difesa, ad intensificare le misure d'igiene generale, ma cosa assai più proficua si farà a diffondere chiaramente e pubblicamente il concetto che contro detta malattia, più che sulle misure prese dall'autorità, su quelle di difesa individuale si debba far conto.

E d'altra parte, perchè un risultato possa essere raggiunto, non ci si dovrà limitare, come spesso si è fatto, a raccomandare norme vaghe d'igiene individuale: a non esporsi ai raffreddamenti, a non trascurare le affezioni catarrali, a consigliare la sobrietà, la calma, la serenità dello spirito, la nettezza della persona e degli abiti, la pulizia della casa, la disinfezione della bocca, l'ingestione di qualche medicamento, ecc.

Norme nette e precise, che praticate, sicuramente valgono a preservarci dall'influenza, dovranno essere suggerite e queste norme, perchè possano essere apprezzate, dovranno essere fatte scaturire da un esatta indicazione del modo di propagarsi della malattia e dal rilievo della causa della tanto intensa e rapida sua diffusione.

Occorrerà far comprendere come il germe dell'influenza possa giungere a noi, per via diretta: per mezzo di baci, carezze del malato, del convalescente, del portatore di virus, per mezzo dei loro starnuti e più specialmente per mezzo della tosse o col parlare ad alta voce di essi, mezzi di diffusione questi pericolosissimi ed assai considerevoli, per quanto non sempre tenuti nella considerazione dovuta.

Per via indiretta: portando alla bocca le nostre mani dopo aver toccato malati o qualsiasi oggetto adoperato da essi o sostanze alimentari eventualmente inquinate, veicoli però questi di diffusione del germe dell'influenza spesso meno pericolosi data la molto limitata sua resistenza all'ambiente.

Come poi possa verificarsi tanto rapida ed intensa la diffusione dell'influenza, ciò che più sorprende durante l'epidemia, facilmente si farà comprendere mettendo in evidenza, come di fronte alla disseminazione enorme dei germi dell'influenza che ogni malato anche di forma lieve fa col parlare ad alta voce e specialmente con una tosse tenace, persistente, spesso continua, si ha una disposizione oltremodo spiccata verso questa malattia dell'organismo umano che non ne abbia mai sofferto, disposizione che d'altraparte, data la comparsa dell'influenza a lunghi intervalli, viene a verificarsi quasi generale.

Ed a questo proposito cade anche acconcio mettere in evidenza come appunto l'influenza con le sue esplosioni in 24-48 ore in intere famiglie, in intere comunità, col diffondersi nel più breve tempo da città a città, da regione a regione, luminosamente ci ha dimostrato che lo scambio fra persona e persona dei germi che ciascuna alberga nella propria bocca, e spesso non solo quelli della bocca, scambio al quale nessuno fa caso, è assai frequente, continuo anzi, dimodochè deve per forza accadere e questo si osserva del resto in pratica, che quando bastano pochi germi per determinare la manifestazione di qualche malattia infettiva, ben difficilmente si rende possibile arrestarne la diffusione.

Prospettati così chiaramente i veicoli dell'influenza e la causa della tanto rapida sua diffusione, chiaramente emergerà che per una profilassi veramente proficua, per poter fare sicuro affidamento di non contrarre l'influenza, anzichè perderci in tante inutili ed inconcludenti pratiche, sarà necessario:

Schivare più che sia possibile l'occasione di contagio.

Prendere precauzioni contro il contagio diretto.

Prendere precauzioni contro il contagio indiretto.

Per schivare l'occasione di contagio ci si dovrebbe tenere lontani dagli ammalati, ma poichè ci si potrebbe trovare con malati leggeri, con convalescenti, con portatori di virus pericolosi talvolta, come ben si comprende, quanto i malati gravi, sarà prima norma durante l'infierire di un'epidemia abolire visite inutili e tutte le riunioni non indispensabili; le persone, le famiglie che potessero vivere isolate, dovrebbero ben sapere di avere la fortu-

na di mettere in tal modo in pratica il più sicuro mezzo di preservazione contro l'influenza.

Ciò premesso, pur non dovendosi perdere mai di mira l'opportunità di schivare tutte le volte che è possibile ogni occasione di contagio, non sarà però assolutamente necessario astenersi, in caso di necessità, dal visitare malati, dal frequentare locali pubblici, dal servirsi degli ordinari mezzi di trasporto: nessun pericolo potremmo incorrere a trattenerci nella camera di un malato, ad andare a teatro, in un cinematografo, in una chiesa, di servirci dei treni, dei tram, occorrerà solo prendere precauzioni contro i possibili contagi, tanto più difficili però a schivarsi, nei locali pubblici e nei mezzi di trasporto, quanto più affollati.

Misura molto logica sarebbe quella di non inviare a scuola i bambini i quali, incapaci di difendersi da qualsiasi contagio ed anzi propensi sempre a favorirlo fra loro, sono tanto spesso causa della diffusione di epidemie nelle famiglie; durante una epidemia tanto contagiosa come l'influenza è proprio inutile lo sperpero dei disinfettanti per le aule, pur tante volte con insistenza reclamato, non vi può essere che una sola misura opportuna, la sospensione delle lezioni.

Ben conoscendosi come l'influenza si generalizzi nel più breve tempo fra conviventi, nei collegi, orfanotrofi, comunità in genere, dovrebbero essere rigorosamente proibite le visite di estranei, come qualsiasi contatto col pubblico, ed anche ogni singola famiglia, poichè durante i pasti è difficile che non avvenga uno scambio della flora boccale fra commensali, farebbe cosa senza dubbio utile, data la grande contagiosità della malattia in parola, a non invitare nessuno, nè permettere di accettare inviti a nessuno dei suoi componenti.

Contro il contagio diretto, che rappresenta il più grave pericolo per contrarre l'influenza, si renderebbe indispensabile di non dimenticare mai per un solo momento la necessità di difendere la nostra bocca dalle goccioline di saliva proiettate dalle persone che parlano forte, starnutano o tossiscono.

Si potrebbe pensare di fare cosa utile, mettendo in evidenza il pericolo, a raccomandare lo stretto rispetto delle buone norme di educazione almeno in tempo di un'epidemia così straordinariamente contagiosa, ma siccome sarebbe ingenuo farvi assegnamento, ciò che assolutamente occorre è di trovarci sempre pronti alla difesa.

È chiaro che è in presenza di malati, che necessita mettere in pratica precauzioni rigorosissime, in ogni modo, se si vuole essere sicuri di preservarsi da ogni contagio, tutte le volte che ci si troverà con individui i quali tossiscano e, trattandosi di persone sospette, con persone per esempio con malati in casa le quali venissero a parlarci ad alta voce vicino, ci si dovrà scostare o voltarci e, non potendo farlo, per impedire che dei germi vengano proiettati nella nostra bocca si dovrà farle schermo con un fazzoletto, con una mano e magari tenerla perfettamentet chiusa; i germi dell'influenza che eventualmente cadessero nei nostri vestiti o in qualsiasi altra parte del corpo è presumibile, data la loro poca resistenza, che rimangono ben presto privi di virulenza e quindi innocui, mentre quelli introdotti nella nostra bocca potrebbero provocare ben presto lo scoppio della malattia.

Sul pericolo del bacio nella trasmissione dell'influenza per contagio diretto, riuscendo a tutti evidente e rappresentando d'altra parte praticamente una delle vie di diffusione di detta malattia meno frequente, non è il caso di insistere.

Contro il contagio indiretto necessiterebbe non portare alla bocca gli oggetti che possono essere stati inquinati da malati o le nostre mani tutte le volte che si abbia il sospetto che si trovino in tali condizioni; la disinfezione delle mani e non l'inutile spreco di disinfettanti per le scale, per le camere, cucine, ecc. ecco l'altra pratica d'igiene individuale, la più importante, dopo quella di evitare il contagio diretto con malati o sospetti tali.

È opportuno a questo proposito mettere in rilievo come durante tutto il giorno — si maneggia tanto spesso, specie durante l'inverno, il fazzoletto e, per arrestare le goccioline che si proiettono raschiando, starnutando e tossendo, più spesso ancora si portono le mani alla bocca, nello stesso tempo che si stringono continuamente quelle di tante persone — riesca assai facile scambiarci i germi della flora boccale con gli eventuali patogeni.

Se quindi tanto ci si preoccupa del danno che può derivarci dalla carta moneta di uso più comune fino a chiederne l'abolizione, ci si dovrebbe preoccupare di più, in tempo di una epidemia eminentemente contagiosa, della stretta di una mano che può contenerne vivi e virulenti i germi.

Per quanto riguarda gli alimenti non si renderà necessario come durante altre epidemie, per esempio quelle di tifo e di colera, speciale cura per la loro sterilizzazione; potrebbe in ogni modo ritenersi proficuo non frequentare

locali di alimentazione nei quali non si sia sicuri di un'accurata pulizia delle stoviglie, come potrebbe ritenersi proficuo fare a meno di tutte quelle sostanze alimentari che si è soliti consumare fuori dei pasti, pei negozi, pei caffè, essendo possibile che vengono serviti da persone apparentemente sane, essendo possibile che si trovino per varie circostanze, in qualche mese anche a causa delle mosche, inquinate, ed essendo buona regola durante una epidemia verso la quale si ha tanta suscettibilità, di non portare le mani alla bocca senza esserci lavati; non dovrebbe anzi a questo proposito essere assolutamente tollerato, e non solo in tempo di epidemia, che esistessero locali di alimentazione dove non sia possibile mettere in pratica detta norma d'igiene individuale, la più elementare.

Dovendo assistere malati d'influenza è chiaro che occorrerà adottare misure quali si convengono contro la più contagiosa fra tutte le malattie.

Non è il caso d'entrare in dettagli su ciò che comunemente si pratica con malati di altre forme infettive, sarà opportuno però porre in rilievo che per la profilassi dell'influenza può riuscire molto proficuo avvertire gli ammalati, i quali senza nessun riguardo spessissimo sono soliti tossirci in faccia, del dovere che loro incombe di proteggere con tanto semplici riguardi chi l'assiste e chi l'avvicina, come può riuscire molto proficuo diffondere l'uso della maschera che ha fatto tanto buona prova.

Data la poca resistenza del germe fuori dell'organismo non sarà da attribuire eccessiva importanza, come per altre malattie, alle disinfezioni, troverà però sempre utile applicazione la disinfezione delle biancherie imbrattate di secrezioni e quella dell'espettorato nel quale la virulenza del germe può essere più a lungo conservata.

Sarebbe poi utilissimo, per scongiurare il doloroso abbandono nel quale sono venuti a trovarsi tante famiglie, diffondere la conoscenza dell'assoluta immunità post influenzale e finalmente, per quanto non vi si possa fare che un assegnamento relativo, sarà sempre da raccomandare quale buona norma di profilassi, non fosse altro per rendere più benigno il decorso di un'eventuale infezione, di evitare perfrigeramenti, strapazzi, stravizi.

In conclusione a noi sembra che per quante incognite offra ancora l'influenza circa il momomento eziologico, circa la gravità variabile nei periodi nei quali si manifesta, circa le cause di riaccensione di detta malattia, ecc., ecc., tuttavia non ne presenti circa l'indirizzo profilattico il quale dovrebbe essere esclusivamente rivolto alla preservazione dal contagio interumano, indirizzo profilattico sul quale però necessita richiamare l'attenzione più di quello che non si sia fatto finora.

Si potrà obbiettare che anche sforzandosi d'inculcare questo indirizzo non si otterrebbe ugualmente un gran risultato perchè ben poche persone sarebbero in grado di comprendere tutta la grande importanza del contagio nella diffusione dell'influenza ed a ben poche riuscirebbe possibile il più delle volte poterlo schivare.

Sono giustissime le obbiezioni e riteniamo anzi, dati i continui rapporti che si hanno fra le persone per le esigenze della vita in società e date le generali abitudini, tutt'altro che igieniche, che vi siano dei flagelli difficilmente evitabili e fra questi in prima linea la spaventosa diffusione di una malattia tanto contagiosa come l'influenza, ma difficoltà a parte, ciò che può dare sicuro affidamento per non contrarla stimiamo doveroso debba essere suggerito nel capitolo della profilassi; chi si trovasse in condizioni di comprenderlo e praticarlo dovrebbe poter contare sul beneficio.

Combattere d'altra parte l'influenza, una malattia eminentemente contagiosa, con la disinfezione degli ambienti, delle aule scolastiche, dei mezzi di trasporto, delle strade, ecc., ecc., come principalmente si è fatto finora, non solo è da ritenersi un inutile spreco ma quale danno gravissimo per l'illusione che si dà di avere provveduto contro questa epidemia; ripromettersi del resto un risultato da dette misure sarebbe lostesso che sperarlo per una profilassi antivenerea... dalla disinfezione dei relativi ambienti.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Lo studio dell'epilessia.

(K. SINGER. *Med. Klinik*, n. 17, 1922).

I numerosi casi di epilessia di guerra serviranno forse un giorno a chiarire molte questioni intorno alla natura dell'epilessia. Sarà probabilmente allora più netto il confine tra epilessia genuina ed epilessia traumatica (sintomatica); in sostanza queste due specie di malattia geneticamente differenti non hanno in comune che una manifestazione esterna, il fenomeno convulsivo. Hauptmann cerca di stabilire già oggi le direttive principali che dovrà seguire negli anni prossimi lo studio dell'epilessia. La conoscenza della natura dell'epilessia è legata alla risoluzione della questione: si tratta di cervelli con predisposizione anormale sui quali agiscono delle sostanze irritanti esogene, o di cervelli a predisposizione anomale sui quali agiscono sostanze irritanti endogene (prodotti del ricambio, normali o patologici) o di cervelli normali lesi per un'alterazione del ricambio, oppure si tratta di un processo cerebrale primario progressivo?

La questione può venire in certo modo chiarita dall'osservazione dell'epilessia post-traumatica; questi epilettici in fatti non soffrono di disturbi del ricambio, nè si può in essi ammettere delle alterazioni primitive delle funzioni cerebrali. dall'osservazione di essi si può riconoscere quali alterazioni del ricambio possano venir provocate dalle lesioni cerebrali, quali seguano alle convulsioni e quali si manifestino nei casi in cui gli accessi si iniziano lungo tempo dopo la cicatrizzazione della ferita cranica.

In questi asi di accessi tardivi come pure di accessi artificialmente provocati si potrebbe stabilire per mezzo di ricerche sul ricambio, quali influenze dannose siano necessarie per trasformare in epilettico un individuo guarito da una ferita cerebrale. In individui a cervello iritabile gli accessi potrebbero essere provocati da prodotti del ricambio normali, in individui a cervello normale soltanto da prodotti patologici.

Perciò Hauptmann raccomanda di eseguire ricerche chimico-biologiche sul ricambio in individui con lesioni cerebrali e di paragonarne i risultati con quelli ottenuti nell'epilessia genuina. L'esperienza odierna non permette di ammettere una speiale predisposizione del cervello in casi di epilessia traumatica, nè un rapporto tra regione cerebrale lesa e le manifestazioni epilettiche; sembra dimostrare un certo rapporto tra l'entità della lesione la presenza di scheggie ossee e la comparsa dell'epilessia. Vaste ricerche nel senso detto, esperimenti ed osservazioni razionali eseguite dopo il trauma da Goldstein. Poppelreuter, Redlich, potranno un giorno portar luce in tali questioni non ancora mature.

Brisgaard e Noerwik in 16 epilettici trovarono aumentato il contenuto ammoniacale del sangue durante lo stato epilettico (e psico-epilettico), mentre era diminuita l'urea. Tillmann in seguito alle sue ricerche crede di poter escludere che esistano casi di epilessia senza substrato anatomico, cioè alterazioni anatomiche del cervello. Cadrebbe così il concetto dell'epilessia genuina nella quale si riteneva mancasse ogni substrato anatomico. L'epilessia allora non sarebbe una malattia *sui generis*, bensì l'esponente di un'alterazione organica del cervello o delle meningi; però anche questo concetto ha bisogno di conferma. Sono già state spesso menzionate le alterazioni anatomiche del corno di ammone nel morbus Sacer ed in altre affezioni cerebrali; Bratz riunisce nuovamente questi segni di degenerazione da lui stesso osservati (piccole sfere lipoidi nelle cellule gangliari, cellule contenenti granuli di grasso, dilatazione vasale nella fascia dentata, parziale assenza del lume dei capillari). Pollak in undici casi genuini e in 23 casi sintomatici di epilessia trovò dei segni di disturbo di sviluppo cerebrale, per es. gliosi marginale (segno di un iperplasia irritativa della glia) presenza di cellule gangliari nella sostanza bianca, alterazioni di struttura nella formazione di strati corticali, trasposizione di elementi cellulari in regioni atipiche. Secondo Pollak il difettoso sviluppo cerebrale sarebbe la condizione prima per lo sviluppo di stati epilettici; al determinismo di essi dovebbe però concorrere una causa esterna speciale. Tale teoria non può non venir contraddetta, perchè anzitutto non tutti i cervelli di epilettici finora esaminati presentano le dette alterazioni di sviluppo nè alterazioni simili (anche senza considerare la epilessia sintomatica e traumatica) e poi perchè è logico ammettere che quegli stessi reperti si possano osservaré anche in non epilettici.

Held combatte la terapia dell'epilessia in uso fino ad ora; afferma che la cura chirurgica aumenta lo shock essendo la resistenza del cervello già per sè scarsa, e che il bromo produce un decadimento delle forze mentali. La causa degli accessi sarebbero dei veleni epilettogeni

esterni (carne, nutrizione inadatta, tessuti in sfacelo) ed interni (squilibrî della secrezione interna in seguito a traumi psichici). Held ha potuto ottenere dal sangue di epilettici un siero che iniettato provoca un accesso od un equivalente di accesso. Afferma di essere riescito ad immunizzare dei conigli con questo siero, e che il siero di questi animali così trattati aveva azione curativa per gli epilettici dai quali proveniva il siero iniettato ai conigli; nel 70 % di 400 casi trattati tale cura avrebbe prodotto un'attenuazione degli accessi, nel 18 % una guarigione seguita per 2-4 anni, nel 30 % sarebbe stata inefficace Si deve essere scettici di fronte a queste idee, esposte con tanta sicurezza, perchè molto improbabili dal lato clinico, biologico, teoretico.

Reichardt fece pubblicare, in Würzburg, diverse tesi di laurea che costituiscono un ciclo di osservazioni molto istruttivo, nel quale egli riassume i suoi concetti sull' epilessia. Fink espone il rapporto che esiste tra epilessia e trauma. Il trauma è spesso una conseguenza della perdita di coscienza dell'epilettico.

Sono importanti l'anamnesi e la testimonianza di chi vi assistette. L'epilessia genuina non si può in nessun caso considerare conseguenza di un trauma (Morgenstern). È possibile non però sicuro che un'azione traumatica duratura che agisce sul cervello peggiori notevolmente l'epilessia. Di solito si esagera l'importanza di traumi lievi ed insulti psichici.

La rapida convalescenza dopo un grave trauma del cranio rende di per sè improbabile un danno cerebrale permanente. Epilessia e psicopatia spesso si associano in seguito ad un trauma (Drescher); in questi casi accanto ai primi accessi (epilessia od equivalenti) si osservano degli accessi vasti per cause esterne (accessi sincopali, epilessia affettiva, epilessia reattiva).

Esistono però anche delle forme di passaggio tra i veri accessi epilettici e le reazioni epilettoidi dei psicopatici provocate da cause esterne. Schiek si dilunga a parlare dei casi misti e dei tipi di accessi epilettici difficilmente differenziabili, Schramm dell'epilessia traumatica che ritiene rarissima. La guerra ha alterate le cifre percentuali: dal 20 al 40 % dei feriti che presentano lesioni cerebrali permanenti sono degli epilettici. Questi si devono distinguere nettamente dagli epilettici genuini, soltanto i sintomi sono eguali. Nei traumi cerebrali sono rare le psicosi epilettiche; anche nei periodi interaccessuali esiste inabilità al lavoro, e gli accessi aumentano di frequenza in seguito a fatiche, fenomeni che non si osservano nei casi di epilessia genuina. Il termine «epilessia traumatica» non è accettato da Reichardt e dalla sua scuola, essendo ritenuto improprio ed errato; essi lo vorrebbero sostituito dalla definizione «manifestazioni epilettiformi in lesione traumatica permanente del cervello».

La terapia medicamentosa ha certamente fatto dei progressi negli ultimi anni. Dopo che non si è più considerato il bromuro l'unico rimedio, essendone l'efficacia manifesta soltanto nei casi leggeri, e mancando essa in tutti i casi più gravi, si è trovato nel luminal un rimedio che o solo od associato al bromuro, senza dubbio migliora gli accessi epilettici quanto a durata, frequenza, gravità. Mi sembra il miglior metodo quello di cominciare la somministrazione associata di luminal (0.1) e bromuro (3.0) e poi a seconda del caso speciale, aumentare la dose del luminal e diminuire quella del bromuro. Brùhl raccomanda di somministrare la sera 0.1 luminal, al caso due volte 0.1, solo raramente di più; nello stato epilettico, una o due iniezioni sottocutanee di 0.4 luminal-sodio; in dosi singole di 0.1. il luminal potrebbe senza danno venir somministrato per degli anni, in dosi 0.2 per de mesi. Sands invece del luminal ne dà il sale di sodio, solubile, nel té o nella minestra. In 86 pazienti, dopo una cura di luminal, si contarono in un mese soltanto 8 accessi in luogo di 502 osservati nello stesso mese un anno prima. Anche da altre parti vengono riferiti buoni risultati dall'uso del luminal. Clarke sconsiglia una cura troppo lunga di luminal, potendo essa determinare delle alterazioni permanenti psichiche e di carattere. La cura dell'epilessia con la tubercolina non vanta alcun buon resultato (Chrocket), il vecchio metodo di cura coll'oppio (Flechsig) da o dei risultati molto cattivi (Stuchlip) oppure dei risultati non migliori di quelli ottenuti col bromuro; essa deve venir condannata perchè pericolosa.

Fackenheim su 131 casi da lui trattati con crotalina ottenne la guarigione nel 65 % dei casi, miglioramenti nel 20 %. Potozky raccomanda una cura preliminare con diuretina, che togliendo all'organismo i depositi di cloruro di sodio impedirebbe l'insorgere del bromismo ed accelerebbe l'azione del bromuro; Kielelsberg raccomanda la somministrazione giornaliera di 3 gr. di tartaro-borace specialmente negli epilettici che mostrano tendenza alle crisi di furore ed agli stati crepuscolari. Hoppe non ha ottenuto risultati migliori di quelli che si ottengono col bromuro, sommini-

strando bromuro-calciril (calcio + 50 % bromuro) preparato che deve venir dato in dosi doppie del bromuro; egli ha provato inoltre il « somnospasmosan » preparato che contiene bromo e « somnoacetina » (preparato sintetico di Natr. diaethyl. barbit., pyrazol e codeina, calcio, glicerofosfato) questo preparato sarebbe quasi specifico per gli accessi di piccolo male, le assenze ed i leggeri stati di vertigine. Vengono bene sopportati due cucchiai da tavola alla volta, se si tratta di bambini due cucchiaini. Queste osservazioni per l'istituto da cui emanano meritano grande considerazione.

Peiper nella clinica di Schmieden ha eseguito in 7 casi l'estirpazione delle glandole surrenali, proposto da H. Fischer nella cura dell'epilessia. Al primo momento si ebbe un successo apparente; in seguito gli accessi divennero più intensi e meno influenzabili di prima dalla cura medicamentosa, sicchè tale metodo chirurgico deve venir abbandonato.

POLLITZER.

Sindrome di Babinski-Nageotte.

Emipermetria della lingua.

(RICALDONI. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1° giugno 1922).

L'A. ha avuto occasione di osservare un paziente il quale presentava, come sintomi principali: *a destra*, astenia ed ipotonia, dismetria, asinergia, adiadococinesi, tremore intenzionale, nistagmo, perdita dell'equilibrio con lateropulsione, paralisi del velopendolo e della corda vocale (sindrome di Avellis), paralisi oculo-simpatica; *a sinistra*, anatermoalgesia. Cioè a dire, una *tipica sindrome di Babinski-Nageotte*, per lesione della parte laterale del *tegmentum bulbi*.

L'inizio brusco e l'evoluzione regressiva dei sintomi permisero di diagnosticare un processo di origine vascolare, verosimilmente di natura sifilitica (Wassermann parzialmente positiva nel sangue, linfocitosi nel *Liquor*).

Il fatto più saliente di questa osservazione è rappresentato dalla *ipermetria della metà destra della lingua*, presentata dal paziente durante le prime settimane di degenza all'ospedale. Questa ipermetria si rivelava con una *contrazione smisurata*, per rapporto al lato sinistro, dei muscoli genioglosso e trasverso del lato destro: il genioglosso portando in avanti e a sinistra il corpo, e il trasverso proiettando, allungandola e assottigliandola, la punta della metà della lingua sulla quale questi muscoli agivano. La normale contrazione dei muscoli della metà sinistra impediva lo spostamento in massa della lingua verso questo lato.

L'emi-ipermetropia della lingua non era mai stata finora descritta: ciò, secondo l'A., si deve non solo alla rarità delle condizioni anatomiche che possono determinarla (lesione nettamente unilaterale e ben delimitata), ma anche alla facilità con la quale il fenomeno, essendo di brevissima durata, può passare inosservato.

All'emi-ipermetria linguale possono ravvicinarsi le *ipercinesie* (toniche o cloniche) *unilaterali* della lingua, che hanno formato recentemente oggetto di studio per parte del prof. Mingazzini.

FUMAROLA.

MEDICINA.

Il trattamento della gangrena polmonare col salvarsan.

(FR. PEEMÖLLER. *Deut. mediz. Wochenschrift*, 1922, n. 21).

La mortalità dei casi di gangrena polmonare, curati per via interna, veniva calcolata sui 4/5, nè migliori sono le statistiche più recenti. In realtà alcuni autori uguagliano la prognosi dell'ascesso polmonare con quella della gangrena, forme istologicamente assai simili, ciò che non è giusto, poichè in quest'ultima l'infezione putrida e l'intossicazione danno una gravità ben maggiore che nelle semplici forme purulente. Si può quindi ritenere che la guarigione spontanea della gangrena, come quella in rapporto con la terapia interna (acetato di piombo, olio di trementina, acido fenico) è assai rara.

Il trattamento chirurgico ha dato, a quanto sembra, migliori risultati, legati indubbiamente all'abilità personale dell'operatore, nonostante la quale il malato è esposto a gravi pericoli, come emorragie polmonari, embolismi gazosi, pneumotorace ed empiema secondario della pleura. Anche se l'operazione riesce bene, il processo può non arrestarsi e condurre l'ammalato a morte per cachessia e per intossicazione putrida.

Si comprende quindi che si siano tentati altri mezzi di terapia interna di un processo, che importa una prognosi tanto grave.

Le ricerche di Plaut e di Becker sopra un caso di neoplasma polmonare con simbiosi fuso-spirillare, condussero il primo a tentare la cura endovenosa di salvarsan nelle malattie fetide del polmone, specialmente nella gangrena, neoformazioni, bronchiettasie ed anche nella bronchite cronica con espettorazione fetida, quando si riscontrava l'associazione fuso-

spirillare. La cura, sperimentata poi da altri autori, ha dato risultati assai diversi, avendosi avuto in certi casi guarigione rapida, mentre altri rimasero refrattari.

La ragione di tale diversità è stata data da Plaut, secondo cui la terapia col salvarsan è indicata solo nei casi con la simbiosi fuso-spirillare o con i soli bacilli fusiformi e le sole spirochete. Se tali casi non vengono modificati con le iniezioni di salvarsan, si affaccia il sospetto che un corpo estraneo mantenga la simbiosi, poichè il salvarsan agisce solo contro la infezione del tessuto, mentre *in vitro* non uccide le spirochete nemmeno al 5 %.

Ora dalla casuistica della terapia salvarsanica della gangrena polmonare, risulta che le ricerche batteriologiche sono state assai rare e limitate tutt'al più alla ricerca delle spirochete, trascurando quella dei bacilli fusiformi e di altri simbioti. Bisogna poi distinguere la gangrena polmonare embolica e quella broncogena: la prima è dovuta essenzialmente allo streptococco putrido e, talvolta, sebbene più raramente; al *Bac. coli*: non sono mai state trovate spirochete nè bacilli fusiformi. Lo streptococco putrido avrebbe, secondo Bingold, importanza anche nella forma broncogena, in cui però Kaufmann ha trovato, oltre a cocchi diversi, tre germi anaerobi: *Bacillus fusiformis, Spirillum sputigenum,* spirochete specialmente al punto di passaggio fra il tessuto necrotico e quello sano; nelle forme con zona di demarcazione netta, i germi sono più scarsi e fra essi predominano i cocchi.

La differenza di flora tra gangrena embolica e broncogena è confermata da Beitzke, che ha trovato in questa anche filamenti di *Leptothrix*, oltre *Spirillum sputigenum*, bacilli fusiformi e spirochete lunghe ed esili, che si rinvengono anche profondamente nel tessuto, analogamente a quanto ha osservato A. Gross per i bacilli fusiformi nell'angina di Plaut-Vincent.

Risulta quindi da tali osservazioni che la terapia col salvarsan va esclusa per le forme emboliche di gangrena polmonare e va adottata per quelle broncogene, in cui si possa mettere in evidenza la simbiosi fuso-spirillare, o l'uno dei due simbioti, purchè si possa escludere (esame radiografico) la presenza di un corpo estraneo nelle vie respiratorie. Su tali condizioni si potrà attendere dalla terapia col salvarsan la guarigione oppure un miglioramento notevole (diminuzione della quantità di sputo, scomparsa dell'odore fetido).

L'A. riporta il caso di un giovane sedicenne, con precedenti di rachitide, in cui, dopo un'angina difterica, si manifestarono paralisi della deglutizione e della fonazione.

Due mesi dopo incominciò l'espettorazione con un fetore di carogna insopportabile; ottusità quanto una palma di mano in corrispondenza del lobo inferiore del polmone sinistro con respiro bronchiale e rantoli a medie bolle; ronchi e sibili in ambedue i polmoni. Espettorato purulento, fluido, con numerosi zaffi di Dittrich, costituiti quasi unicamente da spirochete e bacilli fusiformi; assenti le fibre elastiche ed i bacilli di Koch. Temperatura oltre 38°.

Il paziente venne trattato con cinque iniezioni endovenose di neosalvarsan da g. 0.45 l'una. Già dopo la prima scomparve quasi del tutto il fetore dello sputo e la temperatura si abbassò alla normale. Dopo l'ultima iniezione non si trovavano più bacilli fusiformi nè spirochete nello sputo: questo gradatamente diminuì di quantità fino a poche tracce di consistenza muco-purulenta.

Lo stato generale migliorò rapidamente, sicchè il paziente potè in breve riprendere anche l'uso della bicicletta e compiere viaggi turistici. Dopo cinque mesi, la quantità dello sputo aumentò d'un tratto, senza però avere cattivo odore: la radiografia dimostrò l'esistenza di una piccola bronchiettasia al lobo inferiore del polmone sinistro. Nello sputo non si trovarono nè bacilli fusiformi, nè spirochete, nè bacilli di Koch. FILIPPINI.

Sul trattamento della polmonite e della broncopolmonite infantile.

(J. BRAVO Y FRIAS. *Archivos de Med., Cir. y Espec.*, 15 aprile 1922).

Le malattie broncopolmonari sono causa non trascurabile di mortalità infantile, specie nei luoghi di ricovero.

Prima dei tre anni si ha quasi esclusivamente la broncopolmonite, spesso pneumococcica o associata ad influenza, dopo i tre anni la polmonite prevale nettamente. Le broncopolmoniti secondarie al morbillo, alla pertosse, ecc. sono generalmente streptococciche.

L'A. ricorda che con le reazioni immunitarie si possono distinguere quattro tipi di pneumococco: i primi tre bene individualizzati, mentre il quarto è un gruppo misto.

I tipi I e II sono detti fissi: di rado si trovano nei portatori sani, e solo per contagio dimostrabile: contro di essi è utile l'isolamento.

I pneumococchi del IV gruppo, senza agglutinazione definita, sono i più frequenti (metà dei casi) e danno affezioni più gravi.

La cutireazione con le proteine batteriche

non serve alla diagnosi di tipo, onde questa non può sempre farsi con la rapidità desiderabile. per applicare nei casi opportuni (tipo I e II) la sieroterapia.

L'infezione polmonare sarebbe aerogena e non ematogenea: l'A. riferisce le esperienze di Blake e Russel nelle scimie, secondo le quali l'iniezione endotracheale di una piccola quantità di pneumococco produce la polmonite, mentre l'iniezione endovenosa può dare una setticemia mortale o no, ma senza polmonite. Sacrificando gli animali tre ore dopo l'iniezione endotracheale si osserva che l'inizio del focolaio è sempre una peribronchite. Clinicamente possono precedere alla polmonite altre localizzazioni pneumococciche, ma ciò è raro: la radiologia non permette conclusioni sicure.

L'A. nei casi lievi si attiene alla comune terapia (olio canforato, impacchi senapizzati, espettoranti, tonici cardiaci, atmosfera umida balsamica, ecc.). Ha esperimentato inoltre vari metodi di cura, sopratutto nei casi gravi, e ne riferisce i risultati.

La sieroterapia paraspecifica (siero antidifterico, adrenalinizzato o no) non ha abbassato la mortalità, di rado sembra che abbia abbreviato il decorso della malattia, spesso ha dato accidenti serici.

Neanche dai metalli colloidali si ottengono migliori risultati: inoltre, è sempre difficile nei piccoli bambini praticare iniezioni endovenose, che sono necessarie in questo metodo di cura perchè abbia qualche efficacia.

Il cloridrato d'emetina agirebbe sulla congestione attiva, sulla temperatura, sulla secrezione bronchiale: nelle forme con epatizzazione non giova. L'emetina è innocua a dose terapeutica (1/4 a 1/2 centigr. sotto un anno, 1 centigr. da 1 a 4 anni, poi 2 centigr. al giorno) e darebbe qualche vantaggio, alquanto dubbio, solo nelle forme lievi.

Le fleboclisi di soluzione glucosata ipertonica (10 p. 100), da praticarsi molto lentamente, nella dose da 25 a 100 cc., non sono consigliabili nei bambini. Secondo Wells e Blankinship se ne avrebbe una lieve diminuzione della mortalità. Taluno vi aggiunge piccole quantità di tintura di digitale, morfina e atropina. Tutti gl'ingredienti devono essere purissimi per evitare gravi reazioni.

L'urotropina, e il citrato sodico sono, secondo l'A., senza utilità. Il citrato, da somministrare eventualmente in soluzione eduleorata, è controindicato nelle epistassi e nelle diarree.

L'A. riferisce estesamente alcuni casi trattati con iniezioni endomuscolari di etere, un cc. ogni 4 ore al massimo. Secondo Lassalle questo trattamento ridurrebbe notevolmente la mortalità. L'etere agirebbe come antitermico, antisposmodico, e tonico cardiaco; eliminandosi pel polmone agirebbe anche da antisettico. L'A. nei suoi casi non ha osservato una evidente diminuz'one della mortalità nè della durata della malattia.

L'A. riferendosi alle osservazioni altrui, ritiene che la vaccinazione profilattica, con vaccini misti, evita la setticemia ma non la localizzazione polmonare; l'effetto curativo è nullo.

La sieroterapia con siero di convalescenti non è di pratica applicazione per la difficoltà di procurare il siero e per le precauzioni onde va circondata, nè sembra che abbia dato notevoli risultati.

Dal cavallo si riesce ad ottenere un siero fortemente antitossico contro il tipo I di pneumococco, di potere antitossico debole contro il tipo II, e nullo quasi contro il tipo III. Cecil, Blake e a. affermano che il siero diminuisce la mortalità e la durata delle infezioni pneumococciche tipo I. e giova alquanto in quelle tipo II; non ha effetto contro i tipi III e IV. Occorre determinare rapidamente il tipo, ed iniettare forti quantità di siero, preferibilmente nelle vene, a intervalli ravvicinati (ogni otto ore).

L'iniezione intrapolmonare con aghi lunghi e fini (Nobécourt e Paraf) si è dimostrata inutile, e pericolosa (edema polmonare!).

L'iniezione endovenosa di siero antipneumococcico adrenalizzato, proposta da Renaud, è da lui stesso definita «metodo brutale» pel forte brivido e l'ipertermia che immediatamente provoca. Può seguire una rapida crisi risolutiva; ma è metodo che va riservato agli adulti.

L'A. ha una discreta esperienza dell'optochina, che giudica superiore al siero specifico, perchè vale contro tutti i pneumococchi, di qualunque provenienza. Ha pure azione specifica contro la tripanosomiasi, al pari dell'idrochinina, ma è superiore ad essa.

In vitro uccide i pneumococchi nella diluizione di 1 a 1 milione, anche in siero di sangue, meglio se non inattivo (Wright). Inoculata nel ratto sei ore dopo una dose da 10 a 1000 volte mortale di pneumococchi riesce a salvarlo.

Il cloridrato di etilidrocupreina è amaro, per la sua solubilità è più tossico, e sono da temerne passeggere ambliopie per la sua azione sui vasi della retina e della coroide: ma secondo l'A. regolando la dose ciò si può evitare. Però egli preferisce l'optochina tannica e la basica solubili in olio e quindi di più lento

assorbimento e di azione più continua; ai bambini si danno in tavolette di cioccolato, mentre il cloridrato si può somministrare in soluzione sciroppossa. L'optochina si può anche iniettare sottocute, in soluzione acquosa od oleosa secondo il preparato.

Di optochina basica si daranno 5 prese di un centgr. e mezzo, per anno di età, nelle 24 ore. oppure la stessa dose in 4 iniezioni oleose.

Nella pratica non si deve sorpassare la dose di 2 centigr. per Kg. di peso del corpo nelle 24 ore. Di optochina tannica si daranno dosi triple.

La dose totale dei sali solubili va ulteriormente frazionata, dando una presa ogni 3-5 ore.

La droga si sospende quando la temperatura non supera 37°; non va continuata più di 4 o 5 giorni, durante i quali è di rigore la dieta lattea; va data il più precocemente possibile, ricordando però che è inutile contro germi diversi del pneumococco, tanto che l'A ritiene che se dopo tre giorni la temperatura non cade si può affermare che il pneumococco non è in causa. Egli ha trattato con l'optochina polmoniti franche, e broncopolmoniti primitive dei bambini, ottenendo spesso la crisi in due o tre giorni; nelle broncopolmoniti influenzali fu meno fortunato, probabilmente per la presenza di germi associati. Nelle broncopolmoniti secondarie a morbillo, pertosse, ecc. non ebbe alcun effetto, neanche semplicemente antitermico.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. LEWIN. *Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel.* III edizione aumentata. Un vol. in-8, di pag. 450. I. Springer ed., Berlino 1922. Prezzo L. 58,80.

Ampio studio sull'aborto, compiuto dal duplice punto di vista della medicina e del diritto. Dopo una scorsa nella storia, fino al secolo XIV, l'A. esamina le condizioni in cui si compie l'aborto criminale ai nostri tempi nei paesi occidentali, come nell'Oriente, nell'Africa, nell'America. Molte deduzioni dell'A. sono basate sopra statistiche, le quali, in questo argomento, sono quanto mai fallaci.

Segue una larga trattazione sotto l'aspetto giuridico; la punizione dell'aborto è giustificata per il fatto che esso può venir considerato come un omicidio che lede il frutto del concepimento e la madre: esso è inoltre una offesa dell'etica e dello Stato. Leggi speciali vennero sempre comminate contro l'aborto, dai tempi giudaici e babilonesi ai nostri, e questo studio di legislazione comparata forma un capitolo interessante.

Curioso è l'esame dei diversi mezzi dai più antichi tempi ai nostri giorni: davvero che la fantasia umana si è sfrenata nel cercare i mezzi per rimediare all'oblio di un attimo, dai lombrici e le blatte, al titillamento dei capezzoli, ai più moderni metodi con i raggi Röntgen ed il radio...

Altri capitoli sulle cause speciali della morte del feto, sulla diagnosi dell'aborto criminale, sul modo di rimediare al sempre crescente dilagare dell'aborto completano il volume utile per il medico come per il giurista. *fil.*

ALBERT BALL. *L'Enfant et son Médecin.* Paris 1922. A. Maloine et Fils, éditeurs. III ediz.

È un volume di 400 pagine ideato e scritto per uno scopo eminentemente pratico: quello di costituire una guida chiara e semplice per tutti i medici pratici per la cura delle malattie infantili. È un libro di piccola mole, tascabile e fatto in modo che il medico possa consultarlo rapidamente, trovandovi facilmente le notizie che ricerca.

L'Autore ha raccolto nel suo volumetto una quantità notevole di notizie pratiche che non si trovano in trattati anche voluminosi di pediatria.

Specialmente svolta è la terapia generale e speciale infantile. In una tabella delle dosi sono elencati i principali medicinali con le dosi da usare da 1 a 10 anni. In un esteso formulario sono elencate per ordine alfabetico molte ricette con le relative indicazioni.

In capitoli speciali è trattata abbastanza diffusamente e praticamente l'igiene della prima infanzia, l'alimentazione infantile, le cure generali del bambino. La sintomatologia e la terapia di ogni singola malattia sono trattate in una parte in cui le affezioni sono elencate alfabeticamente.

Da ultimo in uno speciale capitolo sono raccolte molte notizie necessarie a conoscersi da un medico pratico e che riguardano stabilimenti di cure speciali, istituti di beneficenza per l'infanzia, alimenti per bambini, farine alimentari consigliabili, acque minerali, indicazioni di sensali di balie, ecc.

Il successo del volume è provato dal fatto che questo si trova già alla 3ª edizione. Per la sua praticità l'*Enfant et son Médecin* è veramente consigliabile al medico pratico e specialmente al medico condotto il quale facilmente vi troverà quelle notizie che può ricercare nella cura dei bambini.

M. F.

K. GOUGEROT. *La Dermatologie en Clientèle.* — A. Maloine, éd. Paris 1922. Fr. 35.

È la terza edizione dell'opera di Gougerot, di cui nello spazio di 5 anni si sono esaurite le due prime. Il libro conserva le direttive con le quali fu scritto: riassumere l'indispensabile in Dermatologia, quanto cioè il medico deve conoscere del diagnostico, del pronostico, della cura delle affezioni cutanee. È conservata la divisione della prima edizione in due parti, una prima d'insieme, che serve ad illuminare il cammino, con nozioni generali sulle dermatosi, sulle cause di esse, sulla semeiologia e sulle regole generali di cura; una seconda parte, specializzata, in cui le dermatosi sono divise in grandi raggruppamenti etiopatogenetici e ne è indicata la cura. La semplicità di una lucida sintesi distingue sempre dagli altri il volume del Gougerot, al quale auguriamo sempre più favorevole fortuna. Illustrazioni a colori aggiungono chiarezza al testo.

t. p.

G. E. INGRAO. *Compendio di Storia della Medicina.* Napoli, V. Idelson, 1922; in 16°, pag. 165; L. 6.50.

Nel salutare risveglio per gli studi storici della scienza, che sino a poco tempo addietro erano fra noi piuttosto ostacolati e dispregiati che non favoriti, è doveroso compiacersi che un medico gravato dalle cure della condotta abbia potuto scrivere un piccolo e buon manuale di storia della medicina, andando dall'oriente nebuloso, dalle scuole della antica Grecia sino al rinascimento e all'evo moderno.

Egli ha voluto raccogliere «le notizie più salienti sulle principali conquiste, sulle figure più spiccate, sulle più autorevoli scuole e su alcune istituzioni, che attraverso i secoli contribuirono al progresso della medicina... ». E vi è riuscito in modo chiaro, limpido, agevole, così da rispondere alle esigenze della nostra curiosità colturale.

Il volumetto in una seconda edizione, che ci auguriamo prossima, riuscirà certamente ancor più attraente se con l'aumento della mole potrà dare maggiore sviluppo ad alcuni capitoli ora troppo scheletrici. Gioverebbero anche delle opportune illustrazioni e delle note bibliografiche ad ogni argomento trattato.

g. b.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 maggio 1922.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

Corpo luteo e mola vescicolare.

Prof. P. GAIFAMI. — L'O. profitta della opportunità avuta di studiare cinque casi di voluminose mole vescicolari in utero (tre operate dal professor Pestalozza e due operate dall'O.) per indugiarsi a precisare la natura delle lesioni ovariche che si sono frequentemente trovate nei casi di mola vescicolare.

L'O. conferma che alterazioni policistiche ovariche sono reperto frequente nella M. V. e ne precisa la frequenza in oltre una metà dei casi; riconosce che è indiscutibile la unità anatomica fondamentale delle modificazioni ovariche nelle gravidanze normali e nella m. v., ma osserva che in questa la intensità. la tendenza a proliferazioni luteinsimili, la tumultuosità della proliferazione sono tali da meritare una dignità anatomica e clinica a parte.

Rileva ancora l'O. che la denominazione più in uso di cistomi luetinici, o peggio di «cisti del corpo luteo» è da eliminare, perchè si presta a ingenerare delle confusioni, quasi si avesse a fare con un contemporaneo inverosimile numero di corpi lutei. E invece l'O. potè mettere in evidenza che *il corpo luteo gravidico è costantemente presente e, così macroscopicamente come istologicamente, non diverso da quello della gravidanza normale.*

Dalla costanza di tale reperto, che per la prima volta è sicuramente affermato, oltre la necessità di una nomenclatura più corretta (cisti luteofollicolari, degeneratio policistica luteinalis) deriva un argomento contro le ipotesi che riportavano la irregolare evoluzione dell'uovo a anomalie del corpo luteo gravidico.

Sul piocele intertubarico e sulla genesi del piosalpinge confluente.

Prof. P. GAIFAMI. — Presenta un caso, operato personalmente pochi giorni prima, di piocele intertubarico, con fusione dei due padiglioni tubarici alla massa piocelica interposta. Il caso è interessante per la inizialità della lesione in modo che la ricostruzione patogenetica è facile e può servire a spiegare altri casi meno facilmente interpretabili, sia per lo stadio troppo avanzato, sia perchè nell'intervento, spesso indaginoso, si sono perduti i rapporti anatomici, qui invece conservatisi perfettamente.

L'O. mette ancora in evidenza la natura tubercolare della lesione e la sterilità della donna, due note costanti in queste forme anatomopatologiche.

Demenza senile atipica di Alzheimer-Perusini.

Prof. F. BONFIGLIO. — L'O. riferisce e dimostra con i dati clinici rilevati un caso di demenza

senile atipica di Alzheimer-Perusini che ha avuto recentemente campo di studiare.

Dell'osteoplastica frammentaria sottoperiostea nelle deformità gravi rachitiche della gamba.

Prof. R. DALLA VEDOVA. — L'O. riferisce i risultati ottenuti in due piccole pazienti con grave deformità rachitiche delle gambe in procurvamento e recurvamento combinati con torsione nei quali si è ottenuta una buona correzione mediante la osteoplastica frammentaria sottoperiostea della tibia. Ritiene che la tecnica seguita, che è quella che Springer definii «segmentazione», sia preferibile alla resezione sottoperiostea alla Schefelmann.

Un nuovo metodo per la ricerca della bilirubina, specialmente nel sangue.

Prof. SABATINI. — L'O. svolge la sua comunicazione riguardante una nuova reazione della bilirubina con speciale applicazione su lo studio di questo pigmento biliare nel sangue. L'O. dimostra il fondamento chimico, la specificità, la sensibilità della sua reazione e i vantaggi che essa presenta per le applicazioni nella clinica dove tale reazione viene a fornire un metodo sicuro per lo studio importante e complesso della bilirubina.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico - Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 giugno 1922.
Presidenza: Prof. G. MIRANDA.

Un caso raro di rottura traumatica dell'utero in gravidanza.

Prof. G. MIRANDA. — Trattasi di una donna incinta nei mesi alti della gravidanza, la quale essendo caduta sul dorso mentre portava sul capo una pesante anfora di acqua, questa nella caduta battè fortemente sull'addome. L'inferma avvertì forte dolore; in seguito perdè la coscienza, ma dopo alcun tempo di riposo in letto riprese le consuete occupazioni. Essendo poi trascorso da ben cinque mesi il termine della gravidanza, ricorse all'O. il quale fece diagnosi di pregressa rottura di utero con fuoriuscita dell'uovo nella cavità addominale. Alla laparotomia fu confermata la diagnosi e si vide che la rottura corrispondeva al margine sinistro dell'utero per tutta la sua lunghezza e la placenta aderiva alla lesione della parte addominale. Il feto era ben conservato nella cavità addominale. Questo sarebbe il 33° caso di rottura dell'utero nella letteratura.

Un caso di rene cistico.

Prof. G. MIRANDA. — Si tratta di una cisti uniloculare del rene di destra della grandezza di una testa di feto a termine occupante quasi tutto il parenchima eccetto una piccola parte del polo inferiore. Fu diagnosticata e ne fu fatta l'asportazione con ottimo risultato.

Tubercolosi, sifilide e sistema dentario.

Prof. C. D'ALISE. — Dopo avere discusso le diverse interpretazionai che si dànno alle varie stigmate dentarie, sopratutto alle erosioni dello smalto, e dopo avere esposto i risultati di suoi studi su parecchie centinaia di bambini, viene alla seguente conclusione:

Le erosioni dello smalto dei denti ed altre anomalie dentarie, come il dente di Hutchinson, il divaricamento degli incisivi superiori centrali permanenti, il tubercolo di Carobelli, ecc., non sono stigmate specifiche della sifilide ereditaria, tubercolosi, malaria, alcoolismo, ecc., ma egli ritiene siano dei processi di alterato metabolismo dei sali di calcio da parte degli ameloblasti che sono gli organi della calcificazione dello smalto, probabilmente dovuto a mal nutrizione per impropria alimentazione della madre negli ultimi mesi di gravidanza e durante l'allattamento, ed aggravato dalla sifilide, tubercolosi, malaria, alcoolismo, malattie esantematiche, ecc. Conforta la sua opinione col ricordare che i denti quasi costantemente affetti da distrofie dello smalto, sono i molari di sei anni e gli incisivi permanenti, la corona dei quali calcifica appunto negli ultimi mesi della gravidanza e durante l'allattamento, e che spesso si trovano associate le distrofie dentarie ed il rachitismo, il quale se clinicamente, in genere, si manifesta dopo il 2° anno di vita, è da ritenersi abbia la sua origine all'epoca in cui avvengono le distrofie dello smalto dei denti. La cura profilattica per la prevenzione di queste distrofie, deve essere rivolta da prima alla madre durante la gravidanza e l'allattamento, e poi al bambino nel suo ulteriore sviluppo.

Azione dei cianuri sugli organi muscolari lisci.

Prof. G. MOSCATI. — L'acido cianidrico è quella sostanza che in concentrazione minore, in confronto di qualsiasi altra, è capace di ossidazione nelle cellule viventi; possiede anche una azione inibitrice sulle attività enzimatiche. Probabilmente lega il metallo del perossido, nel sistema ossidasi. Le funzioni, che sono ancora possibili, almeno in parte, indipendentemente dai processi ossidativi, si compiono, non influenzate dai cianuri (contrazione muscolare, produzione iniziale di calore nei muscoli, ecc.). Da esperimenti compiuti su organi muscolari lisci del cane (intestino, corno di utero, retractor penis) risulta che i cianuri agiscono sulle cellule nervose, più che sulla fibra muscolare o sulla innervazione autonoma o simpatica.

A. CHISTONI.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L' importanza della ricerca del bacillo tubercolare nelle feci.

La ricerca del bacillo di Koch nelle feci ha una notevole importanza diagnostica: essa è indispensabile nei tubercolotici, che ingoiano i loro sputi, ciò che è la norma nei bambini, in cui spesso si deve fare una diagnosi fra una broncopolmonite che si trascina a lungo e la forma tubercolare. Il reperto di bacilli tubercolari nelle feci — salvo i casi di diarree nei tubercolosi — autorizza a dichiarare che trattasi di tubercolosi polmonare. Tale reperto ha inoltre importanza anche dal punto di vista profilattico, poichè le feci possono rappresentare un mezzo di disseminazione ed occorre quindi disinfettare i vasi da notte, la biancheria insudiciata, allo stesso modo come si procede per le sputacchiere.

Si deve ritenere che il bacillo passi costantemente nelle feci nelle forme aperte e che la sua assenza nei casi di forme chiuse o non polmonari, come quella pleuro-peritoneale essudativa, spieghi la guarigione relativamente frequente di tali forme, mentre invece essa è l'eccezione nelle forme polmonari aperte, per le successive reinfezioni da bacilli deglutiti.

La tecnica della ricerca è la seguente (E. Sergent: *Clinique et laboratoire*, 30 luglio 1922):

Raccogliere le feci in recipienti sterilizzati (ciò è importante specialmente in una sezione di tubercolosi), mescolarle bene in modo da ottenere una miscela pastosa. A 50 cmc. di questa, aggiungere, triturando, tanta soluzione di cloruro di sodio a 75 ‰ in modo da ottenere un'emulsione semi liquida, che si filtra poi su garza sterile. Il filtrato si mette in due tubi da centrifuga, riempiendoli per 2/3 di altezza ed aggiungendo poi 2 cmc. di miscela a parti uguali di etere solforico e di ligroina. Si centrifuga per 10 minuti a 4-5,000 giri. Al di sotto dello strato di etere si trova una striacciata brunastra di 1-2 mm. in cui si trovano — se vi sono — quasi tutti i bacilli di Koch. Si colora allo Ziehl-Neelsen.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Il prepuzio infantile.

Rousseau Saint-Philippe (*Journ. de méd. de Bordeaux* 10 luglio 1922) osserva che la maggior parte dei bambini viene alla luce con un prepuzio irregolare, mal formato, incapace di compiere la funzione a cui è destinato: è questa la *fimosi congenita*. Frequentemente si osserva l'atresia quasi completa del meato, con aderenze, donde la mancanza di parallelismo fra i due orifici. Le conseguenze di tale stato di cose possono essere gravi, come infiammazione, infezione, infiltrazione urinosa, cancrena, uremia. Anche senza arrivare a tali estreme conseguenze, si può avere l'accumolo di smegma, che talvolta, specialmente quando l'orina sia sedimentosa, ammoniacale, come si osserva negli artritici ed in quelli effetti da disturbi digestivi, può determinare una reazione infiammatoria violenta, che obbliga ad una circoncisione d'urgenza in condizioni sfavorevoli.

Col crescere dell'età i fanciulli sfuggono a queste conseguenze: ma altre se ne possono avere, quali l'onanismo, i disturbi funzionali della vescica, l'incontinenza d'urina, le polluzioni notturne, la parafimosi, il prolasso rettale, disturbi nervosi di origine riflessa, come incubi notturni, emicranie, palpitazioni, attacchi convulsivi.

È dunque necessario nelle consultazioni, portare l'attenzione più che comunemente non si faccia sull'organo genito-urinario di escrezione per correggerne i difetti. A tale scopo, l'A. consiglia il suo metodo *di dolcezza*, che consiste nell'introduzione di una comune pinza da medicazione sterilizzata e tenuta chiusa, nell'orifizio prepuziale, estraendola poi aperta, ripetendo diverse volte la manovra: ciò fatto si passa una sonda scannellata per il prepuzio ed il glande, distruggendo poco a poco tutte le aderenze, ciò che qualche volta dà luogo ad un leggerissimo gemizio sanguigno. Si potrà quindi rovesciare il prepuzio sul glande, fino al solco balano-prepuziale, che verrà pulito.

Queste manovre possono essere rese del tutto indolore, applicando la seguente pomata che ha anche scopo antisettico. Ortoformio g. 50; stovaina cg. 10; vaselina o lanolina g. 10.

Si raccomanderà poi alla madre di rovesciare il prepuzio ancora per qualche giorno, senza esagerare per non provocare un'apparente parafimosi. È bene procedere a tali ma-

novre nei primissimi mesi della nascita; più tardi, dai due ai cinque anni, il bambino è già più ribelle e spesso sono necessarie alcune goccie di cloroformio.

La circoncisione va riservata ai soli casi in cui il prepuzio fimotico sia eccessivamente lungo e quando la dilatazione incruenta non sia riuscita.

L' acetonuria negli adenoidei.

S. Traina (*Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma*, anno 1921) basandosi sui risultati delle note esperienze di Boeri e Reale, i quali ottennero acetone nelle urine dei cani a cui veniva impedita la normale ventilazione polmonare per mezzo di corsetti alla Sayre, volle indagare sulla presenza di acetone nelle urine di bambini adenoidei, che, come è noto, d'ordinario presentano quei sintomi descritti a proposito delle piccole crisi acetonuriche, ed i cui disturbi funzionali respiratori si può dire ripetano clinicamente le esperienze di Boeri e Reale.

L'indagine condotta su più di 80 bambini adenoidei e su 10 bambini sani, diede i seguenti risultati:

1) La presenza di acetone, anche in piccole traccie, nelle urine dei bambini sani non è un dato costante;

2) L'acetonuria dei bambini adenoidei è quasi sempre proporzionale allo stato d'ipertrofia della tonsilla di Santorini-Luschka (vegetazioni adenoidi);

3) Le crisi di adenoidite sono accompagnate da crisi acetonuriche;

4) L'asportazione della tonsilla di Santorini, quando non coesistano altre cause, giova alla scomparsa, o quasi, dell'acetone nelle urine.

Senza escludere gli altri momenti etiologici, quali i disturbi a carico del fegato, pancreas, capsule surrenali, canale gastroenterico, l'A. ha voluto dare il giusto valore ad un elemento finora trascurato nella etiologia dell'acetonuria infantile, e che le esperienze di fisiologia e di clinica hanno egualmente bene messo in evidenza. Così le vegetazioni adenoidi possono essere causa dei piccoli stati acetonici, ed il processo infiammatorio acuto a carico di esse, cioè l'adenoidite acuta, può provocare le grandi crisi. RADOGNA.

Dilatazioni linfatiche della parete addominale.

Un bambino di 15 mesi viene internato nel servizio del dott. Alfredo Casaubon (*La Prensa medica Argentina*, n. 35, 1922): la madre ha avuto un primo marito morto di diabete, un figlio morto di tetano.

Nell'anamnesi del bambino troviamo il morbillo, una bronco polmonite, delle convulsioni ed accessi febbrili vari. All'esame della parete addominale, l'A. constatò la presenza di piccoli noduli duri, disseminati, numerosissimi, arrotondati, grandi da una testa di spillo ad un grano di miglio: hanno sede nel tessuto cellulare sottocutaneo, e stirando la pelle fanno rilievo alla superficie. La palpazione più profonda permette riscontrare altri noduli, anche più grandi, con gli stessi caratteri. Il processo si limita esclusivamente alla parete addominale.

Si palpano gangli periferici di piccolo volume non maggiore di quello che può riscontrarsi in bambini della stessa età denutriti (pesa gr. 6.200). La reazione di Mantoux a più riprese negativa; la reazione di Wassermann negativa nel bambino, debolmente positiva nella madre.

L'esame del sangue rivela la presenza di 4,500,000 globuli rossi, 9000 globuli bianchi, 88 Hb. e una formula a prevalenza linfocitaria (polinucleari solo il 19 %).

Visto il bambino alcuni mesi dopo, i noduli della parete addominale si riscontrano persistere inalterati; il peso è salito a gr. 6.750.

Estirpato un nodulo, all'esame istologico si osservano numerose cavità arrotondate, di vario calibro in un tessuto connettivo vascolare con numerose vescicole grassose.

In ogni cavità è facile distinguere una parete fibrosa, nella quale si notano le fibre che circondano la parete, con la faccia interna rivestita di cellule del tipo endoteliale.

In alcune cavità si nota una sostanza filamentosa che assume debolmente l'eosina (linfa). Alcune cavità più grandi intercomunicano.

Nel tessuto connettivo fibrosovascolare vi è anche una infiltrazione abbondante di cellule plasmatiche, di numerosi fibroblasti, con resti di nuclei e pigmenti ematici e globuli rossi alterati; notansi in queste formazioni nodulari una quantità di fibrille collagene che si mescolano con i residui delle cellule.

Il sistema linfatico — vasi e gangli — ha un compito di difesa, è noto, di fronte alle varie infezioni microbiche. Si sa anche dell'affinità di alcuni virus per il sistema linfatico (bacillo della peste, filarie, bacillo di Koch, streptococco).

Fattore importante è anche il terreno: nel bambino il sistema linfatico reagisce fortemente alle infezioni acute (adeniti scarlattinose, difteriche, erisepelatose) ed anche alle croniche (tubercolosi, sifilide). Però se in molte occasioni è facile determinare la porta d'ingresso

dell'infezione e seguirla lungo i linfatici fino alla vicina stazione gangliare, in altri l'interpretazione è più complessa. Nel bambino in questione noi troviamo gravi processi bronco-polmonari al termine, dei quali furono notati i noduli addominali, così non è inverosimile ammettere che la reazione linfatica si sia prodotta nel corso di una setticemia, d'origine pulmonare, dati gli stretti rapporti fra circolazione linfatica e sanguigna. Si potrebbe obiettare sulla unica localizzazione addominale però nessuno ha potuto vedere se nel bambino si sia avuta identica reazione nelle vie linfatiche profonde. Nel caso in questione possiamo anche ammettere che la sifilide ha contribuito a preparare il terreno alla evoluzione.

Si tratta in definitiva, di un caso di dilatazione dei vasi linfatici preesistenti della parete addominale, che deve distinguersi dal linfangioma e dalle sue varietà (linfangioma semplice o linfangectasia, linfangioma cavernoso e linfangioma cistico) produzioni queste di origine congenita, localizzate e non diffuse come quelle del p. suddetto.

La sua origine va ricercata nell'azione tossica o microbica di un processo acuto, sopra un fondo infiammatorio cronico preparato dalla sifilide congenita e che non ha permesso ancora la restituzione *ad integrum* dei linfatici dilatati.

MONTELEONE.

Il trattamento dell'obesità infantile.

La medicazione tiroidea è utile in tutti gli obesi e specialmente nelle forme di mixedema frusto con obesità. Incominciare con dosi deboli: 1 mg. di tiroidina al giorno, per 10 giorni al mese: il mese seguente 5 mg. al giorno per 10 giorni. L'insorgenza di tachicardia, rossore, diarree profuse debbono essere considerati segni di intolleranza che costringono a sospendere il rimedio.

G. Mouriquand (*Journ. de méd. de Paris*, 11 marzo 1922) consiglia nella giovanetta verso la pubertà l'aggiunta di estratto ovarico ed ipofisario. Si darà: estr. tiroideo 5-25 mg.; estr. ipofisario cg. 10, estr. ovarico cg. 15: da prendersi una volta al giorno al pasto principale: dopo una somministrazione abbastanza lunga (sorvegliata dal medico:) interrompere per 15-30 giorni.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I lipoidi.

(H. ISCOVESCO. *La Presse médicale*, n. 61, 1922).

Le definizioni e classificazioni attuali delle sostanze dell'organismo ad apparenza «grassa» sono imperfette come lo furono quelle degli albuminoidi: così oggi non si parla di albuminoidi, ma di proteine comprendenti albumine, globuline, protamine, ecc. Analogamente si dovrebbero designare come adipoidi i grassi veri, gli acidi grassi, le cere, i lipoidi, le sostanze colesteriniche, le protagoniche e le cerebosidi.

Abbiamo preso l'abitudine di chiamare lipoidi tutto ciò che si estrae con l'etere, benzolo, cloroformio, ecc., ossia oltre ad adipoidi, proteine, sostanze coloranti, sali, ecc.

È certo allo stato attuale delle conoscenze, che:

1) I lipoidi sono degli adipoidi. La loro molecola, molto più grande di quella dei veri grassi, contiene uno o più radicali di acidi grassi superiori, spesso dell'acido glicerofosforico, una base azotata variabile e caratteristica per ciascun lipoide considerato, spesso, solfo al posto del fosforo, od ambedue. Perciò si dividono in: fosfatidi, solfatidi, cerebrosidi, che non contengono nè zolfo nè fosforo;

2) La colesterina non è un lipoide: è un adipoide; accompagna sempre i lipoidi, e sembra compensi od attenui la funzione di alcune sostanze;

3) I lipoidi non sono colloidi;

4) È eccessiva l'opinione che i lipoidi sieno in rapporto con tutti gli scambi cellulari.

Nulla di definitivo si sa sul compito dei lipoidi nell'immunità.

Alcuni lipoidi sono emolitici, altri antiemolitici. I lipoidi non hanno nell'emolisi una funzione costante: la funzione è in rapporto con la specie. I l. di alcuni microbi sono tossici; alcuni, iniettati sotto la pelle provocano fatti infiammatori. Sembra che abbiano un compito importante nella reazione di Wassermann. Nessuna legge in rapporto alla fissazione delle tossine: esistono tossine lipotrope come vi sono degli alcaloidi liposolubili o non.

Esperienze numerose dimostrano la necessità assoluta della presenza dei lipoidi nell'alimentazione: gli AA. americani crearono il nome di Vitamina, e per le vitamine liposolubili il nome di vitamine A. I l. hanno un compito capitale per la nutrizione della cor-

nea e dello scheletro. Anche per gli adipoidi come per i proteidi, sembra che l'organismo abbia non soltanto dei bisogni quantitativi, ma anche dei bisogni qualitativi.

Le ricerche dell'A., provano che i l. hanno un compito importante non solo per lo sviluppo dell'organismo intero, ma che spetta ad alcuni lipoidi una influenza locale su determinati organi. Anzitutto è provato che esistono lipoidi specifici e caratteristici nel cuore, placenta, corpo luteo, cervello, tiroide. L'A. esperimentando su cani e conigli ha potuto dimostrare che la somministrazione di un lipoide ovarico o testicolare ad un piccolo coniglio, provocava dopo un certo tempo l'ipertrofia delle ovaia e dell'utero o dei testicoli; somministrando della tiroide, trovava non solo ipertrofia della tiroide, ma anche leggera ipertrofia del cuore e degli organi genitali. Analoghi risultati si ottengono esperimentando con i lipoidi del cuore, del rene, delle surrenali. Per quanto riguarda il fegato, l'A. ha estratto un l. che è non solo un eccitante del fegato, ma che esercita una notevole azione sulla crescenza e sul peso degli animali; le caratteristiche proprietà dell'olio di fegato di merluzzo sono dovute ai lipoidi di epatici in esso contenuti.

La quantità di l. contenuti negli organi diminuisce durante il tempo nel quale sono malati: la quantità diminuisce anche quando gli organi sono colpiti da degenerazione grassa. Altro fatto importante è che allorchè si somministra un lipoide ad un animale, questo lipoide va a fissarsi elettivamente in un determinato organo. Le esperienze sugli animali, le analisi chimiche dimostrano che i nostri organi non sono più capaci, in alcuni casi di fare la sintesi dei loro lipoidi costituenti e che bisogna darne già fatti: è perciò che ad essi l'A. dà il nome di «homo-integranti».

Sia dall'Iscovesco che da altri, i lipoidi sono stati usati in terapia umana dando i risultati più soddisfacenti nei più svariati disturbi ovarici (l. ovarici) nei bambini al posto dell'olio di fegato di merluzo (l. epatico), ecc.

L'A. conclude che è difficile, all'ora attuale, non ammettere che in molti casi di deficienza di secrezioni interne, si tratti di semplice carenza di l.

Esistono oggidì, divergenze di opinioni gravi fra fisiologi e medici intorno alle secrezioni interne. Mentre la maggior parte dei fisiologi ammettono come glandole a secrezione interna un numero limitato di formazioni (ghiandola interstiziale, tiroide, paratiroide, isolotti di Langherans e forse le surrenali) i medici, basandosi sui risultati opoterapici, sembrano trovare delle secrezioni interne un po' dappertutto; tali divergenze fra pratici e fisiologi si possono appianare pensando che nella maggior parte dei casi, quando noi facciamo dell'opoterapia, facciamo dell'homo-alimentazione.

MONTELEONE.

VARIA

Servizio sanitario in Russia.

Anche il servizio sanitario è statizzato in Russia; ed un medico tornato in Austria dal paese dei Soviet spiega alla *Neue Freie Presse* come stanno le cose. Il prof. Vojacek, capo della Clinica universitaria dei mali di gola e dell'orecchio, che egli incontrò a Pietrogrado, gli narrò d'essere stato costretto ad abbandonare a poco a poco la sua clientela privata, perchè i Soviet esigono che il professionista presti la propria opera esclusivamente allo Stato. Ma è difficile vivere in tali condizioni. Il Governo vuole che ciascun medico eserciti in più di un ospedale, corrispondendo altrettante razioni alimentari. Se il medico non può assumere più di un posto, e tale è appunto il caso del capo di una Clinica universitaria, ha diritto alla razione semplice, che non è punto esuberante: alcune cucchiaiate di minestra, un piatto di poltiglia di miglio, caffè, pane misurato, carne pochissime volte. La moglie del prof. Vojacek è costretta a prestare a sua volta servizio in un ricovero di lattanti per poter ottenere il minimo necessario all'esistenza. Tale ordinamento sanitario è d'altra parte assai poco gradito al pubblico. Il russo ama cambiare spesso i suoi medici. Inoltre la corruzione, che è uno dei mali tradizionali della Russia, ha radicato nel suo cervello l'idea che col danaro a tutto si può rimediare. Egli non crederà mai che il medico di Stato faccia tutto quel che deve per guarirlo e ricorre, quando può, al professionista privato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazione malattie.

Per addivenire ad un'intesa preliminare in ordine al progetto di assicurazione obbligatoria contro le malattie, si sono adunati presso il Ministero del Lavoro, sotto la presidenza del dott. Giulio Calamani, direttore della Previdenza sociale, i signori avv. Edmondo Puecher, direttore della Cassa distrettuale di malattia in Trieste; Maglione e Lanzoni per la Confederazione generale delle mutue, avv. Savorana, direttore della Cassa Mutua per malati di Trento, dott. Valenti, dott. Giannitelli per la Confederazione Italiana dei lavoratori e per la Federazione nazionale della mutualità.

Dopo aver inizialmente confermato il proposito di non concepire alcuna pregiudiziale che possa comunque influire sulla presentazione del progetto al Parlamento, le parti hanno impreso i loro lavori che sono stati circoscritti, in questo primo e limitato Convegno, al grave ed essenziale problema dell'ordinamento degli istituti assicuratori delle malattie.

Pure essendosi le parti notevolmente avvicinate ad un concetto di unità e di concentrazione, si è inteso concordemente il bisogno di concretare in forma positiva le aspirazioni dei due gruppi in contrasto e di dare mandato al comm. Calamani, direttore generale della previdenza, di studiare più a fondo la situazione, tenendo presenti le esigenze tecnico-amministrative, e di formulare un piano che concili, nel limite del possibile, le contrarie aspirazioni.

Il dott. Calamani ha aderito all'incarico commessogli e si è riservato di comunicare il risultato ai rappresentanti delle due tendenze, i quali torneranno ad esaminarlo in un prossimo Convegno.

In fine di seduta è intervenuto l'on. Cingolani, sottosegretario di Stato per il lavoro e la previdenza sociale, al quale il dott. Calamani ha riassunto le fasi di maggior rilievo della discussione.

L'on. Cingolani si è compiaciuto dello spirito di concordia fattiva che ha presieduto al Convegno ed ha presentato anche a nome del Ministro on. Dello Sbarba il proprio saluto cordiale agli intervenuti, sulla cui volonterosa collaborazione egli nutre la maggiore fiducia per la più sollecita soluzione dei problemi che attardano, contro i più ragguardevoli interessi delle classi lavoratrici e della nazione, la instaurazione della nuova forma di previdenza.

***

Un Convegno Lombardo per le Assicurazioni ebbe luogo a Como; esso fu presieduto da S. E. Cingolani, sottosegretario al Ministero del lavoro e previdenza sociale. Parlarono il sottosegretario, l'on. Achille Grandi, che trattò della disoccupazione e del collocamento, il dott. G. B. Valente, che lesse un discorso sulle assicurazioni malattie e sul coordinamento di esso con altre assicurazioni. Fu approvato il seguente ordine del giorno:

«Il Convegno Lombardo per le assicurazioni sociali, promosso dalla Confederazione Mutualità ed Assicurazioni Sociali in Como, il giorno 9 luglio c. a., sentita la relazione dell'on. Valenti, sull'oggetto «Assicurazione obbligatoria contro le malattie»;

«reclama la sollecita introduzione, nella legislazione sociale italiana, dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, con la necessaria salvaguardia delle legittime libertà individuali, mutualiste e sindacali degli assicurati e degli interessati in genere;

«giudica che questo fatto, e l'opera delle casse malattia che ne conseguiranno, rappresenteranno il più efficace contributo a quell'effettivo coordinamento dei vari rami di assicurazione che è nella aspirazione comune;

«augura che gli studi e la buona volontà delle organizzazioni più direttamente interessate, in collaborazione anche con gli appositi organi ministeriali, riescano a concretare di comune accordo le migliori soluzioni tecniche del complesso problema;

«conforta tutte le Organizzazioni e particolarmente quelle promotrici del presente Convegno, nella assidua opera di propaganda per la popolarizzazione e per la applicazione dell'assicurazione sociale: invita il Governo ed il Parlamento nazionale, in occasione della conversione in legge dei vari decreti vigenti in materia, a fare ogni sforzo per dare al paese un organico codice sulle assicurazioni sociali».

***

A Parma ebbe luogo un Convegno provinciale promosso dagli Istituti riuniti di assistenza ai Lavoratori, per trattare dei problemi inerenti alla Previdenza Sociale

Si discusse fra l'altro dell'assicurazione malattie; su tale tema parlò il relatore Ravà, di Ferrara, il quale propose a conclusione della sua relazione il seguente ordine del giorno che venne approvato ad unanimità:

«Il Convegno dei Sindaci e delle Organizzazioni Sindacali e cooperativistiche della Provincia di Parma aderenti agli Istituti Riuniti di Assistenza ai Lavoratori;

convinto che soltanto con la pronta introduzione dell'assicurazione malattia sarà possibile addivenire alla razionale coordinazione delle esistenti forme di assicurazioni sociali ed accelerare nelle masse la comprensione della loro utilità a fini di una dignitosa difesa economica e fisica, fa voti perchè il Governo, mantenendo gl'impegni replicatamente assunti, per togliere una ingiusta disparità di trattamento fra le Provincie Redente ed il vecchio Regno, per garantire ai lavoratori un minimo di assistenza sanitaria che Comuni e

Opere Pie nelle loro disastrose condizioni finanziarie più non possono dare neppure nella misura già insufficiente del periodo dell'ante guerra, presenti sollecitamente al Parlamento un progetto di legge ispirato ai seguenti capisaldi:

1) Costituzione di Casse per ammalati, territoriali, uniche ed autonome, gestite in assoluta maggioranza dai lavoratori interessati conservando alla mutualità libera professionale e generica le funzioni di integrazione economica e morale;

2) massima estensione della sfera degli assicurati e dei servizi di assistenza curativi e preventivi;

3) collegamento iniziale attraverso le Casse di malattia dei servizi burocratici amministrativi e tecnici comuni a tutte le forme di assicurazioni.

Fa voti perchè le organizzazioni e gli Enti aderenti e quanti si interessano di previdenza sociale, mantengano viva l'agitazione divulgandone gli scopi fra la classe operaia ed impiegatizia fino alla promulgazione dell'invocata riforma».

L'Istituto d'Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale per la propaganda contro il Gozzo-Cretinismo.

L'opera di propaganda educativa per combattere il Gozzo-cretinismo iniziata dall'Istituto si svolge con notevole successo.

Il Presidente del Consiglio dei Ministri on. Facta con lettera in data 13 luglio alla Direzione dell'Istituto comunica la concessione di L. 4000 alla Società di Neurologia per tale provvida opera di propaganda. Il Direttore generale di Sanità comunicando alla Direzione dell'Istituto il 21 luglio tale concessione del Presidente del Consiglio esprime al prof. Levi il proprio compiacimento che in tale modo vengano incoraggiati gli studi sulla profilassi del Gozzo-cretinismo.

L'opuscolo del prof. Lugaro è stato distribuito dalla Direzione dell'Istituto a tutti i Senatori e Deputati delle Regioni invase dall'endemia, e i più autorevoli Parlamentari hanno risposto al prof. Levi promettendo la loro più cordiale collaborazione.

Specialmente notevole è la lettera dell'on. G. Merizzi, che così scrive al Direttore dell'Istituto:

«Ho ricevuto la Sua circolare e l'unito opuscolo « Per la cura e profilassi dell'endemia Gozzo-cretinica » che ho letto con profondo interesse.

«La ringrazio dal profondo del cuore di avere pensato a me, come ad un possibile collaboratore nell'opera pietosa e santa iniziata dal Suo Istituto per la redenzione dei predestinati a quella morte innanzi morte che è il cretinismo, e La ringrazio a nome della mia Valtellina, infestata purtroppo dalla Endemia Gozzo-cretinica.

«Ma il ringraziamento sarebbe vano se non fosse seguito da opera fattiva. Io mi metto a Sua disposizione, come un Suo buon soldato.

«Avanti tutto oggi stesso scrivo al *Corriere della Valtellina* e alla *Valtellina* una lettera aperta ai medici condotti e ai Sindaci.

«In secondo luogo, quale Presidente del Consiglio Provinciale, scriverò al Presidente della Deputazione Provinciale e al Prefetto.

«In fine per l'azione sullo Stato mi pongo a di Lei disposizione. Mi scriva quale linea reputa opportuna debba seguire».

Inoltre l'Ordine dei Medici di Torino d'accordo col prof. Lugaro ha iniziata la distribuzione dell'opuscolo ai Medici e Maestri della Val d'Aosta ed altrettanto sta facendo d'accordo con l'Istituto di Roma, l'Istituto Provinciale di Assistenza Sociale di Bergamo.

È lecito sperare che l'opera di propaganda così felicemente iniziata dall'Istituto Italiano d'Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale possa in avvenire svolgersi in modo efficace, contribuendo a risvegliare l'interesse dell'opinione pubblica rispetto a questo grave problema di profilassi sociale.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per la riforma degli studi odontoiatrici.

Sotto gli auspici della Corda Fratres e col concorso dei sigg. prof. A. Chiavaro, ordinario di odontoiatria e protesi dentaria alla R. Università di Roma, dott. E. Bellinzona Presidente della F. S. I., prof. A. Arlotta direttore dell'Istituto Stomatologico Italiano, prof. D'Alise R. ufficiale di odontoiatria alla R. Università di Napoli, dott. Sosso E. di Torino, prof. Rovida C. di Milano, dott. Picolli S. rappresentante dei Sindacati medici e sotto la Presidenza del prof. Coulliax nella loro veste ufficiale, si è convenuto quanto appresso in merito al disegno di legge Corbino n. 1238, 21 dicembre 1921, per la riforma degli studi di odontoiatria:

1) Alle scuole di odontoiatria e protesi dentaria possono accedere soltanto i laureati in medicina e chirurgia presso le Università del Regno e gli stranieri laureati ed abilitati all'esercizio della medicina e chirurgia nel loro Paese;

2) Agli allievi che avranno frequentato con zelo e profitto le scuole, superandone i relativi esami, verrà rilasciato un diploma di perfezionamento secondo le norme vigenti Universitarie in attesa che la prossima riforma generale degli studi medici stabilisca il titolo speciale che dovrà essere conferito per tutte le specialità medico-chirurgiche:

a) riconoscendosi assolutamente insufficiente l'attuale coltura odontoiatrica del medico generico ed in osservanza del disposto della legge 31 marzo 1912 si fanno voti perchè nel prossimo regolamento generale universitario l'insegnamento della odontoiatria sia reso obbligatorio per il conseguimento delle lauree in medicina e chirurgia;

b) si fanno voti che per l'esercizio della odontoiatria come di ogni altra specialità, le autorità competenti emanino disposizioni tassative che impongano il conseguimento del diploma di specialità;

3) Le scuole di odontoiatria e protesi dentaria avranno un corso speciale per gli odontotecnici;

4) Per tutte le norme che disciplineranno le scuole e per la durata dei corsi provvederà apposito regolamento per il quale si fanno voti che sia udita apposita Commissione di competenti;

5) I convenuti fermamente s'impegnano a sostenere con tutte le loro forze presso le proprie associazioni, presso gli ambienti medici ed in quelli universitari, studenteschi, parlamentari e di governo tali punti di vista onde al più presto il progetto Corbino, emendato secondo quanto sopra si è esposto, divenga realtà concreta ed attuosa servendo di sicuro e buon binario per la futura riforma generale universitaria medica con cui dovrà essere sancita l'obbligatorietà di frequenza di scuole post-universitarie per tutti quelli che aspirano a chiamarsi specialisti.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta contro il tracoma.

Il R. decreto 23 ottobre 1919, n. 2292, portante provvedimenti per combattere il tracoma è stato convertito in legge con data 29 giugno 1922, n. 1004, aggiungendo all'art. 3 il comma seguente:

Sugli stanziamenti e sulle disponibilità a fine di esercizio saranno inoltre conceduti sussidi ai comuni che avranno istituito o istituiranno scuole per fanciulli tracomatosi.

Agevolazioni fiscali pei Sanatorii.

Con R. decreto n. 1132 vengono estese alle nuove provincie le agevolazioni fiscali vigenti nel Regno per i Sanatorii di cura per la tubercolosi.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Alessandria*: Dottori: Salvaneschi Eusebio, Casale Monferrato — Alzona Vittorio, Villanova Monferrato — Coggiola Giuseppe, Lu Monferrato — Forneris Giuseppe, Valmacca — Grillo Luigi, Silvano d'Orba — Predazzi Andrea, Strevi — Serra Egidio, Castiglione d'Asti — Boido Carlo, Rocca D'Arazzo — Avio Edoardo, Arquata Scrivia — Martini Mario, Boscomarengo — Besson Corrado, Cassine — Spagarino Gio. Batta, Masio — Veglio Luigi, Pecetto Po — Castagnone Luigi, Sezzadio — Migliardi Alberto, Nizza Monferrato — Bianchi Flaminio, Ponzone — Praglia Agostino, Bergamasco — Donadio Eugenio, Castell'Alfero — Diotti Francesco, Castelnuovo d'Asti — De Cristoforis Carlo, Occimiano — Gagliardone Francesco, Rosignano Monferrato — De Paoli Gio. Batta, San Cristoforo — Alvigini Carlo, Carbagna — Calcaprina Pirro, Sale.

Cronaca del movimento professionale.

Il Congresso dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti.

Il Comitato Centrale dell'Associazione dei Medici Condotti ha stabilito di indire il Congresso Nazionale per la prima quindicina di ottobre in Bari.

I soci sono invitati ad inviare presto le loro proposte colle relative conclusioni, affinchè il Comitato possa anticipare la pubblicazione dell'ordine del giorno e dare così il tempo alle Sezioni di esaminarlo ponderatamente.

Perchè il Congresso conservi il carattere e l'importanza voluti dall'art. 9 dello Statuto, e per evitare discussioni e conclusioni affrettate, il Comitato si riserva la facoltà di selezione sui temi che le verranno proposti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9572) *Servizio interinale - Sessennii.* — Dott. G. T. da A. del S. — Nè la legge nè il regolamento carcerario dichiarano che il servizio interinale deve essere considerato come utile per l'acquisto del diritto al quinquennio o sessennio. Però, siccome la giurisprudenza ha univocamente ammesso che il servizio interinale possa valere come prova quando è seguito da regolare nomina in base a concorso e possa produrre l'acquisto della stabilità, così deve ritenersi egualmente efficace, nelle identiche condizioni, a produrre l'acquisto del diritto agli aumenti periodici di stipendio. Non vi è, quindi, come Ella crede, contradizione ma è il differente punto di vista sotto cui si esamina la quistione. Nel senso affermativo si è anche pronunziato effettivamente il Consiglio di Stato. Il Consiglio Comunale è pienamente libero di scegliere uno qualsiasi dei medici compresi nella graduatoria. L'aver per molti anni fatto servizio interinale non dà titolo di preferenza. Il servizio a scavalco non produce alcun effetto giuridico perchè manca la condizione della residenza fissa.

(9573) *Concorso a pubblico impiego.* — Dott. M. M. da V. G. — Essendo passata l'età utile, non può prendere parte ad alcun concorso tranne che non possa dimostrare che abbia servito in altra condotta e si tratti di concorso per medico condotto. Con la punteggiatura ottenuta negli esami già fatti non può sperare di essere nominato in altri posti senza concorso.

(9574) *Progetto di legge nuovo per la Cassa di previdenza.* — Dott. G. S. da S. G. in B. — Il progetto di legge per la riforma della Cassa di previdenza porta la data del giugno scorso. Se è tale progetto che Ella ha tenuto presente, pregasi indicare esattamente gli articoli per i quali chiede chiarimenti, non avendoli potuto rinvenire direttamente.

(9576) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da C. — Per il primo caro-viveri nulla compete avendo solo moglie e tre figli. Per il secondo Le com-

petono tre indennità supplementari. Esercitando due professioni, si paga una sola tassa esercizii.

(9577) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. A. S. da P. — Il certificato di cessazione della indennità prima della ultima modifica costava lire 0.50 nei casi di infortunio agricolo.

(9578) *Indennità caro-viveri.* — Dott. N. G. da C. — L'indennità caro-viveri non può, nelle attuali condizioni di vita, essere soppressa. È stata prorogata per un altro anno per gli statali, non potrà non essere estesa per altro tempo anche agli impiegati municipali. Il servizio interinale è ritenuto utile per lo acquisto della stabilità, quando è seguito da regolare nomina in base a concorso.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 23 sett. Due condotte; L. 5000 per 1500 pov., L. 5 addizion. fino a 2000; quattro quinq. decimo; L. 500 cav.; doppio c.-v.; indennità speciale L. 1500 nei primi 4 anni di condotta, salvo che non venga assorbita da aum. di stip.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 indenn. resid., addizion. L. 2; tre quinq. decimo. Serv. entro 20 g. Per due frazioni.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 2 c.-v.; L. 500 se il medico non trovasse conveniente alloggio; L. 2500 cav. oppure L. 1000 bicicl.; L. 400 se uff. san. Stato fam.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Scad. 30 sett. Per Casale di Pari. L. 9000 e c.-v.

CAORSO (*Piacenza*). — A tutto 25 sett.; L. 6500 residenz. e 5 quadr. decimo; L. 3000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2.50 per il 2° migliaio e L. 2 oltre. L. 3000 cav., più c.-v. cav. in L. 2000; ambul. L. 400; uff. san. L. 500. Doppio c. v. Età-lim. 35. Serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 settemb. Consorzio. L. 7000 e tre sessenni decimo; L. 3400 cav., L. 1500 disag. resid. L. 600 uff. san.; caro-viv.

CASCIA (*Perugia*). — Condotta primaria prevalentemente chirurgica e condotta medica. Vedi fascic. 36. Scad. ore 18 del 2 ottobre.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

CITTÀ DI CASTELLO (*Perugia*). — Scad. 15 sett. Due condotte; L. 6000 per 1000 pov., L. 2 addiz.. 3 quinq. decimo; L. 1000 se gli abbienti sono meno di 300 e L. 2000 se sono meno di 100; L. 3600 cav.; doppio c.-v; tariffa 50 % per i meno abbienti. Iscrizione a un Ordine.

COMO. *Ospedale Provinciale Psichiatrico.* — Due medici di Reparto; vedi fasc. 36. Scad. ore 17.30 del 30 sett.

CORIANO (*Forlì*). — Scad. 15 sett. Vedi fasc. 36.

COSEANO (*Udine*). — Al 25 sett. per Coseano e S. Vito di Fagagna, L. 8000, più L. 3000 mezzo trasp. e L. 800 uff. san.; doppio c.-v.

FOLIGNO (*Perugia*). — Ufficiale sanit.; L. 10,000, 2 c.-v. e supplementare; 3 quinquenni dec. Titoli ed esami. Scad. 20 sett.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

MONTE S. BIAGIO (*Caserta*). — Entro il 25 sett. Età-lim. 40. Iscrizione in un albo. L. 6000 e un decimo per ogni quinquennio di effettivo servizio. Chiedere annunzio.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Due condotte. Vedi fasc. 35. Scad. 15 settembre.

NORMA (*Roma*). — Scad. 24 sett. L. 7000 oltre L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., doppio c.-v.

POMARANCE (*Pisa*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 4 quinq. dec.; L. 4000 cav.

ROMA. *Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica.* — Assistente effettivo; vedi fasc. 36. Scad. 30 sett.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

ROMA. *Opera Nazionale per l'Assistenza agli Invalidi di Guerra.* — Direttore tecnico-amministrativo del Sanatorio di Spesso (Venezia Giulia). Vedi fasc. 35. Scad. 15 settembre.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

S. CHIRICO NUOVO (*Potenza*). — Scad. un mese dal 4 sett. Età-limite 35. Serv. entro 25 g. L. 4100 e doppio c.-v.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita.* — Primario di chirurgia, assistente di medicina e radiologo; vedi fasc. 35. Scadenza 31 ottobre.

UMBERTIDE (*Perugia*). — Scad. 15 sett. Residenziale. L. 6000, tre quinquenni decimo, L. 2000 per disagiata residenza, doppio c.-v.

VELLETRI (*Roma*). — Scad. 15 sett. Fraz. di Lariano: L. 8000, indennità cavalc. L. 1500; L. 200 Supplente, con l'obbligo anche della cura dei poveri abitanti nella frazione Montagna, L. 8000: indenni. cavalc. L. 1500.

Diffide.

Nuove diffide: Laiatico (Pisa), Neive (Cuneo), Quinto (Vicenza).

Revoca di diffide: Villongo (Bergamo), Boccolo de' Tassi (Piacenza), Borghi (Forlì), S. Pietro Cadore (Belluno), S. Giovanni alla Vena (Pisa).

BORSE DI STUDIO.

PISA. *R. Università.* — È aperto il concorso al posto di perfezionamento *Gio. Batt. Queirolo,* presso la Clinica Medica, per un anno dal 1° novembre 1922, con possibilità di conferma per un altro anno a termini dell'art. 5 dello Statuto di Fondazione. Il vincitore del concorso avrà l'obbligo della frequenza presso detta Clinica allo scopo di perfezionarsi negli studi di Clinica Medica e godrà un assegno annuo di L. 3600, al lordo delle imposte, pagabile a rate mensili anticipate su presentazione del certificato di profitto del Direttore della Clinica.

Possono concorrere al posto i laureati in Medicina e Chirurgia di tutte le Università del Regno, i quali non abbiano più di due anni di laurea a datare dal 1º agosto 1922.

Il concorso è per titoli, ma in caso di parità di merito fra concorrenti, la commissione giudicatrice ha facoltà di indire un esame.

I concorrenti dovranno presentare entro il 30 settembre corrente, domanda in carta da bollo da L. 1.20, al Rettore, corredata dai documenti d'uso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il cav. dott. Giacomo Cavalleri, è stato decorato della medaglia di bronzo quale benemerito della salute pubblica, a sanzione della sua feconda attività professionale e umanitaria da lui instancabilmente svolta a Pescia (Lucca) durante la passata epidemia di spagnola, dove era stato inviato dal Ministero della guerra come ufficiale medico, quando più infieriva il morbo.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Alessandro Baldoni, di farmacologia a Cagliari, è trasferito a Modena.

NEGLI OSPEDALI.

A successore del prof. Uberto Carpi, quale medico primario nell'Ospedale Civico di Lugano, il Municipio ha chiamato il prof. Antonio Riva. Il Riva, nato a Mendrisiotto (Canton Ticino), è libero docente all'Università di Pavia e direttore della casa di salute «La Quiete» di Varese (Como).

Il dott. Pierino Castagna, da Pozzomaggiore (Sassari), ha vinto il concorso al posto di direttore e chirurgo primario all'Ospedale Lanciarini di Sassocorvaro (Pesaro-Urbino).

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La vita medica a Vienna.

Stimatissimo signor Redattore!

Lei desidera qualche notizia sulla nostra vita medica. «Come, esiste ancora una vita medica a Vienna?», si domanderà uno o l'altro dei suoi abbonati: «in questa città dove ognuno vegeta, temendo che il pacco di carte, chiamate banconote austriache, che tiene nelle mani, perda da un momento all'altro il resto del loro minimo valore? Che cosa può narrare questo scrivente se non della misera vita materiale dei Viennesi, di cui i medici formano un piccolo gruppo? Non bastano le lamentazioni che si leggono nei giornali quotidiani sull'Austria; c'è bisogno che vengano scritte anche in un periodico di medicina?». Posso calmare questi lettori, egregio signor Redattore: non ho nessuna intenzione di abusare delle colonne messe a mia disposizione, con lamentazioni sopra la nostra valuta, sopra la rovina del ceto medio in generale e specialmente del ceto medico.

Quest'è un fatto: la nostra vita è ardua, talvolta incredibilmente penosa; ma non voglio fare geremiadi. La condizione materiale sarebbe ancora peggiore di com'è realmente, se un piccolo gruppo di uomini energici non avesse scosso le nostre anime letargiche, nel nostro interesse. Chè dopo un lavorio di anni, malgrado ogni genere di difficoltà ed intrighi, quasi ogni medico austriaco è oggi membro d'una potente organizzazione, la quale, coi suoi gruppi e sottopruppi, è capace di contenere tanto il grande clinico della capitale quanto il medico dell'ultimo villaggio di montagna, tanto il capo sanitario nel ministero quanto il giovane collega medico appena laureato: questa immensa opera è merito solamente di un gruppetto, il cui capo è il dott. Stritzko, un semplice medico pratico.

L'Austria di oggi potrebbe chiamarsi il paese delle organizzazioni: quasi ognuno è organizzato; ma la grande differenza tra la nostra ed il prevalente numero delle altre organizzazioni professionali, risiede nel fatto che la nostra è assolutamente *apolitica*.

Perciò, il grande partito socialista, che dirige le nostre più importanti *Casse pei malati*, non è troppo entusiasta della nostra organizzazione. Ciò dimostrava tra l'altro la lentezza, colla quale la direzione d'una di queste Casse faceva, qualche tempo fa, le trattative coi suoi medici, che scioperarono a causa della cattiva retribuzione. Questo sciopero durò quasi due mesi ed è una caratteristica strana, che nè dai membri della Cassa, nè dai medici, fu desiderata la fine di esso... Poichè mai gli ammalati della Cassa furono tanto contenti dei loro medici, e i medici dei pazienti, come durante quello sciopero. Il medico, perchè gli mancavano le solite seccature delle Casse, l'anticamera pienissima di ammalati senza malattie, ecc.; l'ammalato, perchè ad un prezzo modesto aveva la cura necessaria ed individuale dal *medico di sua scelta*.

La nostra organizzazione cerca di trasformare tutte le nostre Casse in Casse con *scelta libera del medico*. Le grandi Casse operaie sono contrarie a tali aspirazioni; con tutto ciò si sono già fondate parecchie Casse con scelta libera, tra le quali la grande *Cassa degli impiegati dello Stato*, che funziona con ottimo successo.

Un altro segno del valore della nostra organizzazione: vista la distruzione del danaro, tutto era aumentato; solo il medico non osava di elevare le tariffe e, se lo faceva, era accusato di inumanità: egli non sapeva come accomodarsi ai nuovi tempi. Non voglio dire che oggi sia tutto in ordine, che l'anarchia dei prezzi, per visite, prescrizioni, ecc., sia perfettamente scomparsa; ma riceviamo almeno ogni mese la cifra, con la quale è da moltiplicare la tariffa che si pagava anteguerra, affinchè il conto sia *in parte* adeguato all'aumento universale. Questo *moltiplicatore* è sempre molto indietro all'*indice*, il che tradisce la differenza tra lo *standard* della vita d'oggi e di anteguerra, e dimostra la molto modesta vita che

conduce la maggioranza dei medici. Ma, nondimeno, siamo contenti, perchè se l'organizzazione non avesse fissato un *moltiplicatore*, il pubblico non sdegnerebbe forse di pagare ancora l'onorario della pace in corone del valore attuale!

È ben noto che la Vienna d'oggi è una città di forestieri, anche di medici forestieri. Fummo sempre avvezzi ad ospitare un gran numero di studenti e medici stranieri, venuti per perfezionarsi nella nostra Facoltà. Questo numero è oggi più grande che mai. Per esempio: all'ultimo *corso internazionale di perfezionamento per medici* erano rappresentate non meno di 26 nazioni! Vogliamo sperare. che non solo la differenza della valuta abbia determinato un tale successo, ma che anche la rinomanza della nostra vecchia scuola medica vi abbia avuto la sua parte.

Il nucleo della nostra vita scientifica è come sempre la *Società dei Medici*. Le adunanze, che si fanno ogni venerdì, con le loro dimostrazioni e conferenze, non sono meno importanti, per il nostro benessere scientifico, della splendida biblioteca. All'estero non si può avere idea delle difficoltà odierne, affinchè questa biblioteca, la superbia della Vienna medica scientifica, mantenga il suo vecchio splendore! Quante volte, se si domanda uno od un altro libro od opuscolo straniero nuovo, il bibliotecario deve rispondere: «Magari lo potessimo avere! Ma è troppo caro, signore, non lo possiamo comperare!».

Al principio di questa lettera avevo promesso di non fare lamentele, ma comincio a rompere questa promessa!?

Se la salute del popolo dipendesse dal numero dei medici e se il volere solo avesse influenza sulla vita igienica, certamente l'Austria sarebbe, da tale lato, in prima linea tra le nazioni. Ma manca il danaro. Che influenza potrebbero avere le nostre numerose stazioni di cura pei tubercolotici, se potesse venire estirpata la radice del male: la mancanza delle abitazioni! Nella lotta contro le malattie sessuali sarebbe da nominare una fondazione del prof. Tandler, il rinomato anatomista: la «*Eheberatungsstelle*» del Comune di Vienna (Stazione per consulenza medica prima del matrimonio). Come mai venne l'idea ad un anatomista di fare una tale fondazione!? Il caso è abbastanza semplice: Tandler, come membro del partito socialista, è oggi il capo sanitario del Comune di Vienna. Ha molti nemici però, già a causa della sua tendenza politica; ma nessuno può negare che egli è un uomo di idee originali, un uomo che cerca di fare il meglio, quanto e dove gli è possibile.

La Facoltà ha perduto nell'ultimo semestre due uomini di valore: uno, il docente Kolisch, aveva contribuito alle opinioni moderne sopra il diabete più che molti altri, di cui i nomi sono molto più conosciuti. L'altro, il prof. H. Albrecht, direttore dell'Istituto anatomo-patologico, è morto della stessa tubercolosi, alla cui indagine egli si era consacrato con lavori di tanta mole.

Alla fine un piccolo aneddoto. Mi trovavo nel laboratorio della Clinica, in discussione con un collega, e si parlava delle grandissime difficoltà incontrate specialmente dalla nuova generazione, che, dopo tanti anni di studi, non è in grado di trovare un posto adeguato alle sue aspirazioni. Mi volgo ad uno studente che si trovava in nostra compagnia, apostrofandolo: «Lei ha sentito «che via di passione ha ancora davanti a sè: la «parte più ardua comincerà appena dopo la sua «laurea! Non sarebbe meglio, che lei abbandonas- «se oggi i suoi studi e cercasse una professione «meno faticosa, ma più lucrativa?». E lo studente: «No, dottore: fino a che posso studiare, non «voglio pensare a quello che avverrà dopo. Ho «fiducia nella mia volontà e nella mia buona stel- «la». Questo studente non è un'eccezione; ne conosco molti altri, ugualmente idealisti ed entusiasti. Gli è che ai nostri tempi, materialisti come non mai, esiste ancora un idealismo; ciò fa sperare che il vecchio spirito generoso ed umano della nostra professione perdurerà anche attraverso i tempi calamitosi che attraversiamo.

Mi creda, con rispetto, dev.mo

Vienna, agosto 1922.

dott. ALFREDO NEUMANN.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di luglio 1922.

MALATTIE	3 9 luglic		10 16 luglio		17-23 luglio		24-30 luglio	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	146	789	133	505	117	589	127	385
Scarlattina. .	76	174	61	161	69	155	56	161
Vajuolo e vajoloide . . .	1	1	1	1	—	—	1	1
Tifo addominale . . .	188	379	179	365	223	496	287	609
Difterite e croup . . .	85	131	12	156	86	117	90	126
Meningite cerebro-spinale	—	—	1	1	—	—	—	—
Dissenteria .	18	36	16	34	29	62	29	63
Tifo petecchiale . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
Colera - Peste bubbonica .	1	1	—	—	1	3	1	1

NOTIZIE DIVERSE.

XXVIII Congresso Nazionale di Medicina interna.

Il Congresso sarà tenuto, contemporaneamente a quello di Chirurgia, in Firenze dal 21 al 24 ottobre del corrente anno. Saranno discussi due importantissimi temi di relazione generale: «L'ulcera duodenale», tema in comune colla Società Italiana di Chirurgia, del quale sarà relatore per la Società di Medicina il prof. Vittorio Ascoli; e «Le itterizie», del quale saranno relatori i proff. Raffaele Caporali e Luigi Zoia. Verranno inoltre fatte interessanti comunicazioni dal personale degli Istituti Italiani di Medicina interna.

La Città tutta ed i Medici Fiorentini in particolare preparano cordiali affettuose accoglienze ai Congressisti che converranno in Firenze da ogni regione d'Italia.

I Soci che vogliano fare comunicazioni sono pregati di inviarne tempestivamente il titolo al Comitato organizzatore del XXVIII Congresso di Medicina, di cui è Presidente il prof. Ferruccio Schupfer e Segretario Generale il prof. Giovanni Garin.

Tutti i Medici italiani possono partecipare al Congresso.

Il diritto di iscrizione è di L. 40 per gli aderenti: mentre pei soci basta avere effettuato il pagamento della tassa sociale annuale di L. 40. Possono essere iscritti i membri delle famiglie dei Congressisti con la quota di L. 20.

Tutti coloro che avranno pagato il diritto di iscrizione, riceveranno la tessera ed i documenti necessari per le riduzioni ferroviarie.

Le richieste di iscrizione e l'invio dell'importo relativo od il pagamento della tassa sociale, come pure le domande di qualsiasi schiarimento, devono essere inviate al prof. Giovanni Garin, segretario generale del Comitato organizzatore del XXVIII Congresso di Medicina, Clinica Medica, via Alfani, 33 - Firenze.

Il III Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie Italiane.

Avrà luogo a Napoli nei giorni 21, 22 e 23 settembre.

Il 1° Congresso si svolse in Milano, sede del Comitato permanente per le industrie sanitarie italiane, e segnò il felice inizio di una bella manifestazione, che veniva ad integrare anche nel campo sanitario industriale la magnifica generale opera di ricostruzione. Il secondo si tenne nello scorso anno a Parma, e fu accompagnato da pieno successo. Il terzo è indetto a Napoli e riuscirà pari all'importanza della sede e del momento in cui la 2ª Fiera Campionaria (della quale farà parte integrante la Mostra delle Industrie Sanitarie) viene a suggellare e confermare il magnifico risultato della prima.

Il Mezzogiorno mostrerà che è animato da un vivo fervore di opere: molti sono infatti nel Mezzogiorno i nuovi e moderni Stabilimenti di prodotti chimici e farmaceutici; di segnalata importanza le iniziative di coltura di piante medicinali e da essenze; e notevole lo sviluppo raggiunto in questi ultimi tempi da alcune Stazioni termali. È dovere dei meridionali di intervenire compatti a dimostrare che questo risveglio non è idealità di pochi, ma è vanto e sentimento comune.

I problemi discussi a Milano ed a Parma, di capitale importanza per la vita stessa delle nostre industrie sanitarie (che costituiscono tanta parte della economia nazionale), saranno riesaminati e dibattuti ancora a Napoli, chè la soluzione loro non è facile nè rapportabile ad un arido ed immutabile schema; e problemi nuovi, incalzanti, saranno discussi. Inoltre, con la speciale Mostra dei prodotti sanitarii, saranno praticamente dimostrate le recenti, splendide conquiste conseguite in questo campo della industria nazionale.

Un sostanziale interesse del paese è in gioco: la nostra industria sanitaria deve sottrarsi ad ogni ingerenza straniera ed affermarsi in vittoriosa concorrenza nel campo delle esportazioni verso nazioni che apprezzeranno, così, un'altra importante manifestazione della operosità e genialità italica.

Al Congresso verranno svolte le seguenti relazioni: 1° Le basi dell'industria delle piante medicinali in Italia (prof. Enrico Cavara); 2° Nuovi orizzonti della farmacoterapia in rapporto alle tradizioni italiane (i Relatori non sono ancora indicati); 3° Problemi urgenti riguardanti le industrie idrologiche e climatologiche italiane. Legislazione idrologica in corso e sue auspicabili modificazioni. Condizioni necessarie per un normale sviluppo della industria delle acque minerali in Italia (prof. Cesare Cattaneo, prof. Prassitele Piccinini, gr. uff. Rebucci, cav. Ermete Saccani); 4° Propaganda all'estero. Importanza dei medici italiani all'estero per la espansione della nostra industria sanitaria. Problemi generali della esportazione in rapporto alle industrie sanitarie; 5° Sui vari metodi di stabilizzazione dei principî attivi delle piante medicinali (dott. Flavio Corradini). Seguiranno molte comunicazioni.

Quota di iscrizione al Congresso: L. 40, da rimettersi al Tesoriere dott. Leonello Noccioli, via Mezzocannone, 39.

I congressisti godranno delle medesime facilitazioni di viaggio, allogio, ecc., concesse ai partecipanti alla Fiera Campionaria.

Il II Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia militare.

è indetto a Roma per il 2 giugno 1923, sotto l'alto patronato del Re.

Si è intanto iniziata l'opera di organizzazione preliminare. I temi assegnati dal Comitato internazionale sono:

I. *Servizio di sgombero.* — Principii generali sul servizio di sgombero presso gli Eserciti in campagna.

Organizzazione degli sgomberi, tenendo conto delle irriducibili esigenze terapeutiche.

Adattamento della terapeutica medica e chirurgica alle diverse condizioni risultanti dalla necessità di procedere allo sgombero.

Relatori: Italia e Francia.

II. — Collaborazione della autorità civili e militari competenti in materia d'igiene, di educazione fisica e di profilassi (statistica demografica delle malattie sociali: tubercolosi, malattie veneree, alcoolismo, tare psichiche, ricerca dei sintomi iniziali, azione profilattica concertata, vaccinazioni).

Relatori: Italia e collaborazione anglo-americana.

III. — Studio critico dei processi di disinfezione e disinfezione in tempo di pace e in tempo di guerra.

Relatori: Italia, Spagna e Svizzera.

IV. — Trattamento delle ferite toraco-polmonari e dei loro esiti.

Relatori: Italia e Serbia.

V. — Laboratori di Chimica presso le Armate - Loro scopo - Loro metodi.

Relatori: Italia e Ceco-Slovacchia.

Opera internazionale di soccorso.

Al Consiglio della Società delle Nazioni, adunato a Ginevra, è stato discusso un progetto presentato dal sen. Ciraolo alla Conferenza di Genova e da questa deferito alla Società delle Nazioni. Il progetto mira alla fondazione di un'opera internazionale di assistenza e di soccorso per i popoli colpiti da calamità. L'opera creata e funzionante sotto gli auspicî della Società delle Nazioni avrà per organi tecnici di gestione e di esecuzione tutte le Società Nazionali della Croce Rossa.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Per norma dei Signori interessati si avverte che per motivi straordinari imprevedibili, il Corso di perfezionamento in Igiene per acquistare il titolo di ufficiale sanitario, che doveva essere tenuto dal prof. Sclavo in settembre ed ottobre 1922, è stato rimandato ai mesi di marzo ed aprile 1923.

Le domande si accettano fino a tutto il mese di febbraio 1923. Per coloro che sono stati già iscritti, non occorre altra domanda per la prossima data.

Per quanto riguarda le tasse, ecc., restano ferme le disposizioni del precedente avviso.

Corso di perfezionamento medico a Carlsbard.

Dal 24 al 30 settembre avrà luogo a Carlsbard un 4° corso di perfezionamento in medicina e chirurgia con particolare riguardo alla balneologia e balneoterapia. Le conferenze saranno tenute nella grande aula dell'Ospedale da insegnanti della Czeco-Slovacchia (Biedel di Praga, Kampe e Lang di Carlsbad); della Germania (Goldscheider, Kurt Adam, Bochardt, Richter, Williger e Stutzin di Berlino, Abderhalden di Halle, Jaschke e Stepp di Giessen, Straub di Friburgo, Morawitz di Würzburg, M. Mayer di Amburgo); dell'Austria (Wiesel di Vienna); degli Stati Uniti d'America (Einhorn, Fischer e Kaufmann di New York, Robertson di Chicago, Burke di Buffalo); della Spagna (Semprun di Madrid); della Svizzera (Michaud di Losanna): della Svezia (Jacobaeus di Stoccolma); della Finlandia (Tallqvist di Helsigfors); dell'Uruguay (Susocila Guarch di Montevideo); del Perù (Canoza di Lima); del Messico (Suweila di Messico); della Turchia (Walther di Costantinopoli).

Per informazioni e programmi rivolgersi al segretario del Comitato, Dr. Edgar Ganz, Carlsbad.

Le conversazioni scientifiche presso l'Ordine dei Medici di Padova.

Si è inaugurata presso l'Ordine dei Medici di Padova una serie di riunioni scientifiche periodiche proposta dal presidente dott. Adelchi Zambler. Il prof. Cevidalli svolse il tema: «Individualità morfologica ed individualità biochimica nel campo della medicina legale». In una successiva conferenza il prof. Casagrandi trattò de «Lo stato attuale della cosidetta proteinoterapia nella bonifica degli organismi».

Ingrandimento dell' Università di Roma.

L'on. Caporali ha presentato alla Camera dei Deputati la relazione a un disegno di legge per l'acquisto del palazzo già Carpegna, ove verrebbero sistemati importanti Istituti dell'Università di Roma.

Laureati del 1902 nell' Università di Roma.

I medici laureati presso la R. Università di Roma nel 1902 che desiderino prender parte ad una riunione per festeggiare il 20° anno di laurea, sono pregati inviare la loro adesione al prof. Silvestro Baglioni, Istituto Fisiologia della R. Università, Roma. La riunione avrà luogo in ottobre e verrà comunicato il giorno.

Istituto storico Italiano dell'arte sanitaria.

È stato eretto in Ente morale. Ha sede nell'antico ospedale di S. Spirito in Sassia di Roma. Si propone per scopo la diffusione e l'incremento degli studii storici, la fondazione di un museo storico della medicina, con annesso un archivio e una biblioteca. Terrà adunanze e intende pubblicare un bollettino.

Associazione romana fra cultori di Elettrologia e Radiologia mediche.

È stata testè istituita; presidente prof. Ghilarducci; vice-presidente prof. P. Alessandrini; segretario prof. E. Milani; cassiere dott. Attili; consiglieri proff. De Luca, Colosimo e Sabatucci.

L'inaugurazione del laboratorio scientifico sul Piccolo S. Bernardo.

Il 23 agosto al Piccolo S. Bernardo ebbe luogo la celebrazione del 25° anniversario della istituzione del Giardino alpino creato dall'abate Chanoux e la inaugurazione del laboratorio scientifico donato all'Ordine Mauriziano dal comm. Marco De Marchi di Milano. Il laboratorio è stato preso in custodia dal prof. Nino Vaccari. Alla cerimonia intervennero il sen. Ruffini per l'Ordine Mauriziano, il sindaco di Torino, il sindaco e il vescovo di Aosta.

La stazione idrobiologica del Trasimeno.

A monte del Lago, sul Trasimeno, si è aperta la prima Stazione idrobiologica lacustre, l'unica

di carattere permanente che possiede attualmente l'Italia.

È dovuta all'iniziativa e al lavoro del prof. Osvaldo Polimanti, ordinario di fisiologia a Perugia.

Per l'ospedale consorziale di Bari.

La direzione del Banco di Napoli ha elargito L. 100,000 per i primi e più urgenti lavori di sistemazione dell'Ospedale Consorziale di Bari, il quale versa in una profonda crisi. L'Istituto bancario ha promesso il suo interessamento per la sistemazione definitiva del nosocomio.

Un nuovo sanatorio.

È stato inaugurato in questi giorni a Cassano d'Adda, alla presenza delle Autorità civili e militari e dei rappresentanti locali. È dedicato ai tubercolotici di guerra, ed annesso all'Ospedale Civile; vi sono già ricoverati 50 ammalati.

Per gli studi sul cancro.

In Francia il ministro dell'igiene ha nominato una Commissione per lo studio dell'etiologia, patogenesi, clinica, terapeutica e profilassi del cancro. Presidente onorario ne è E. Roux; presidente effettivo il prof. Quénu.

***

In Inghilterra lord Altholstan ha istituito un premio di 20,000 sterline per il medico o lo studente in medicina che entro i prossimi cinque anni avrà trovato una cura del cancro; per uno scopo analogo sir W. Veno ha istituito un premio di 10,000 sterline.

Nella stampa medica.

È annunziata la pubblicazione di una rivista di propaganda igienica dal titolo suggestivo «Le forze occulte»; sarà diretta dai dottori Ettore Cozzolino e prof. Ferruccio Valerio. Al nuovo periodico, il quale risponde a uno dei bisogni più sentiti nel nostro paese, vanno i nostri fervidi auguri.

Medaglia d'oro al dott. Mann.

Nell'ultima assemblea generale straordinaria della Libera Associazione di Medici di Trieste il prof. Nicolich offrì al dott. Mann una bellissima medaglia di oro coniata espressamente per volere e con il contributo di tutti i colleghi triestini. Nell'accompagnare il dono con affettuose parole il prof. Nicolich rilevò i grandi meriti del festeggiato, che in nove anni di presidenza della Libera Associazione seppe conquistarsi l'affetto e la stima dei colleghi, seppe con tatto e fermezza imporre alle autorità e alle parti in causa il rispetto e il riconoscimento dell'opera svolta dalla giovane e novatrice organizzazione sindacale.

Donazioni.

L'Amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Milano ha ricevuto dal gr. uff. Tommaso Bertarelli un'oblazione di L. 6000, e dalla signora Clara Candiani Bellini un'oblazione di L. 500 a favore della Sezione Fotoradioterapica Ambrogio Bertarelli.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è adunato in sessione ordinaria con lo scopo di esaminare il Bilancio dell'esercizio 1921, che si chiude all'attivo in L. 151,685,364.20 e al passivo in L. 148,865,898.97, dopo aver provveduto all'assicurazione di tanta parte degli operai dell'industria ed a quella dei contadini, in regime di esclusività, in 61 provincie del Regno.

Oggetto di particolare esame ha formato una relazione sui servizi di assistenza medica agli infortunati, giacchè è nei fini più alti dell'Istituto di provvedere, anzitutto, con cure appropriate, alla reintegrazione per quanto possibile della capacità lavorativa degli operai colpiti da infortuni, e a questo provvede con cure ambulatorie e col ricovero in appositi luoghi di cura direttamente gestiti.

Il Consiglio ha esaminato il disegno di legge per la conversione in Legge del Decreto-Legge Luogotenenziale 23 agosto 1917, n. 1450, riguardante l'assicurazione infortuni in agricoltura, disegno di legge emendato dalla Commissione parlamentare, che dovrà essere discusso dal Parlamento, ed ha espresso alcuni importanti voti soprattutto per un miglioramento delle condizioni di risarcimento degli infortuni.

Altro voto ha espresso al Governo onde sia ripristinata l'esenzione delle tasse postali in favore dell'Istituto e degli assicurati.

Il Consiglio ha stabilito che, nonostante l'aggravio dipendente dagli aumenti apportati alle indennità d'infortunio dalla Legge 20 marzo 1921, n. 296, le tariffe dei premi della Cassa Nazionale Infortuni siano mantenute negli antichi limiti sino alla fine dell'anno corrente.

Esso infine ha approvato le nuove condizioni generali della polizza di assicurazione obbligatoria e, in relazione agli aumenti delle indennità di infortunio sanciti con la Legge 20 marzo 1921, ha deliberato di estendere l'assicurazione della responsabilità civile degli imprenditori verso gli operai.

La guida sanitaria italiana.

In questo grosso volume di oltre 600 pag. la Società editrice Unitas di Milano, elenca tutti i medici d'Italia, divisi per provincie e Comuni. Oltre a ciò si trovano l'elenco dei medici, senatori e deputati, la composizione del Consiglio superiore di Sanità e della Direzione generale di Sanità pubblica e militare nonchè dell'Ispettorato generale marittimo; i consigli degli ordini dei medici, la stampa sanitaria periodica. Alla fine del volume sono aggiunti: l'elenco degli specialisti, divisi per provincia e specialità, quello del personale delle cliniche universitarie, delle case di cura, delle stazioni termali. Il prezzo del volume è di L. 40.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Sanit. Sicil., 1 giu. — P. STANCANELLI. Piccola epidemia di megalo-eritema infettivo.

Stomatologia, mag. — A. DUGNANI. Ossidasi salivari. — C. CARINA. I moderni progressi della chirurgia orale.

Il Lavoro, 31 mag. — G. MEDA. Sull'avvelenamento cronico da benzolo.

Giorn. d. Med. Prat., mag. — R. LUZZATTO. Sulla eziologia della gotta.

Difesa Sociale, mag. — B. GOSIO. La Colonia romana per fanciulli malarici.

Minerva Med., 15 giu. — M. CORTICELLI. Schema leucocitario neutrofilo di Arneth e vaccinazione Martinotti. — P. MARIN. Diagnosi e cura delle nefriti.

Bull. de la Soc. des Sciences Méd. et Biolog de Montpellier, apr. — M. ETIENNE. L'educazione sessuale. — R. CASTELNAU. Asma e riflesso oculo-cardiaco.

Presse Méd., 14 giu. — H. TURCAN. Sintomi del tifo esantematico.

Soc. d. Hôpit. de Paris, 8 giu. — A. SÉZARY. Tempo di coagulazione negli intolleranti agli arsenobenzoli. — GOUGEROT e BLAMOUTIER. Anafilassi mercuriale.

ARCHIVI.

Anales Facultad de Med. (Montev.), feb. — D. L. BOTTARO. Fisiopatologia dell' endometrio e sue relazioni con la mestruazione. — D. PRAT. Il problema dell'appendicite acuta e della peritonite appendicolare

Il Fascicolo 9 (1° settembre 1922) della nostra **SEZIONE MEDICA,** che trovasi in corso di stampa e che appena pronto spediremo ai singoli signori abbonati, contiene i seguenti lavori:

I. G. MINGAZZINI: **Le nuove ricerche anatomo-cliniche di Kenschen sulle afasie.**

II. C. TODDE: **Contributo clinico anatomo-patologico all' emiatrofia cerebro-cerebellare crociata acquisita.**

III. A. GIANNELLI e O. MARGARUCCI: **La sfigmografia nell' esoftalmo pulsante.**

IV. G. ROASENDA: **Nuovo processo di esame della sensibilità gustativa nelle paralisi facciali periferiche.**

Un grosso fascicolo di 52 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14. Roma.

Il Fascicolo 9 (15 settembre 1922) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA,** conterrà i seguenti lavori:

I. B. MASCI: **Sarcomi multipli primitivi delle ossa.**

II. G. BERTI: **Sopra due nuove specie di miceli nel corpo umano.**

III. B. SCHIASSI: **Gastro-ptosi-ectasia idiopatica e suo trattamento.**

Un grosso fascicolo di 52 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 18 Settembre 1922** **Fasc. 38**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra alcune forme infiammatorie rare della vescica urinaria simulanti un neoplasma.

Prof. dott. TEBALDO CIMINO

Docente nella R. Università di Palermo di Patologia e Clinica Urologica.

Scopo della presente comunicazione è quello di illustrare alcuni casi piuttosto rari, riguardanti la patologia della vescica, che per alcune loro peculiarità possono, con una certa facilità, dare luogo a gravi errori diagnostici.

Si tratta infatti di processi per lo più perivescicali ma anche vescicali, nei quali molti sintomi potrebbero indurre nel concetto di un tumore, ma che l'ulteriore decorso smentisce completamente, dimostrando trattarsi invece di veri e propri processi infiammatori.

La ragione per la quale in questo organo si possono avere processi flogistici così bene localizzati da mentire alle volte fino una neoplasia, va ricercata, con ogni verosimiglianza, nelle condizioni anatomiche speciali della vescica e nei suoi rapporti col peritoneo.

Noi sappiamo, infatti, come negli organi extra-peritoneali i processi infiammatori con grande facilità rimangano localizzati attorno all'organo stesso o in tutta sua vicinanza. Fra questi, l'utero è quello che, sia per la frequenza con la quale va soggetto a processi infiammatori, sia per i suoi particolari rapporti col peritoneo, meglio si presta alla dimostrazione di questo nostro asserto.

È ben noto, infatti, come nell'utero i processi infiammatori settici — non più localizzati alla mucosa, ma tendenti a diffondersi per contiguità — possano rimanere contenuti nel tessuto connettivo lasso del parametrio, perchè i due foglietti peritoneali che lo rivestono costituiscono una barriera il più delle volte sufficiente ad una ulteriore progressione del processo: si possono così avere le diverse forme di parametrite.

Nella vescica i processi infiammatori che si estrinsecano all'esterno dell'organo possono analogamente essere contenuti in tutta vicinanza e non diffondersi, dando luogo a fatti così circoscritti da potere indurre in diagnosi sbagliata di neoplasia specialmente quando i sintomi caratteristici del processo infiammatorio, quali il dolore e la febbre, sono poco manifesti o comunque mascherati da altre complicanze.

Già nel 1913 io comunicai nella R. Accademia di Scienze Mediche di Palermo il primo caso da me osservato di tumefazione infiammatoria della vescica. (Flemmone ligneo del

cavo di Retzius, simulante un neoplasma della vescica — Atti della R. Accademia di Scienze Mediche di Palermo, 1913).

Si trattava di un ispessimento fibroso notevolissimo di tutta la parete anteriore del serbatoio, fortemente aderente alla parete addominale e simulante un vero e proprio blastoma; esso conteneva un piccolo focolaio purulento che incisi e raschiai. L'inferma guarì perfettamente, e del tumore, diagnosticato da tutti, me compreso, prima dell'intervento operativo, come vera neoplasia non rimase traccia.

Da allora ho avuto occasione di osservare quattro altri casi, dei quali due simili al primo ora cennato perchè costituiti da ispessimenti lignei, globosi della parete anteriore della vescica e due affatto diversi perchè costituiti da piccoli tumori granulosi ben circoscritti, sporgenti entro la cavità vescicale.

Soltanto uno, di quest'ultima specie fu da me operato, gli altri tre non ebbero bisogno di intervento chirurgico perchè spontaneamente guarirono.

Riassumo sommariamente tali casi:

2° *caso.* M. Salvatore, di anni 42, da Palermo, commerciante, abitante in via Candelai. Sono chiamato a consulto, insieme al prof. Ceraulo presso quest'infermo, il 13 febbraio 1920, per consiglio del medico curante dott. Santangelo. Il paziente da anni soffre di restringimento uretrale per il quale circa un mese e mezzo addietro fu sottoposto da un collega a dilatazione forzata che riuscì molto dolorosa e determinò uretrorragia. Il domani fu preso da febbre che non è più cessata, intermittente e poco elevata. Le urine sono alquanto purulente, contengono albumina 1 per mille, cilindri jalini e granulosi. Oliguria. Nella regione soprapubica si palpa un grosso tumore sferico del volume di un'arancia, liscio, bene delimitato, immobile, di consistenza durissima e lievemente dolente alla pressione. E' indipendente dalla parete addominale. La sua sede corrisponde direttamente a quella della vescica, così che si ritiene costituito dalla vescica ripiena di urina. Senonchè il cateterismo subito eseguito dà esito a poca quantità di urina e dopo ciò la tumefazione rimane immutata, cogli identici caratteri. Il paziente riferisce di non essersi mai accorto della sua esistenza che ora lo sorprende; non è quindi in grado di darci su di esso alcun lume. L'individuo è uomo robustissimo; il suo stato generale è florido; non ha precedenti ereditarii di alcuna natura. Una puntura esplorativa riesce negativa. L'individuo rifiuta l'intervento chirurgico propostogli da eminenti colleghi che credono ad un sarcoma e segue le prescrizioni suggerite dalla mia diagnosi di tumefazione infiammatoria della vescica e consistenti in semplici applicazioni esterne calde umide. Dopo pochi giorni, preceduta da edema della regione inguinale destra, avviene la risoluzione spontanea. Le urine per parecchi giorni divengono molto più purulenti che prima; poi gradatamente rischiarano. la febbre parallelamente decresce e con essa l'edema dell'inguine e la tumefazione vescicale. In capo ad un paio di mesi questa è semplicemente scomparsa e del supposto sarcoma non rimane alcuna traccia. Dal giorno della constatazione del tumore a quello in cui si inizia la risoluzione sono decorsi 63 giorni.

Si tratta evidentemente di un flemmone ligneo che conteneva un focolaio purulento — sfuggito alla puntura per le minuscole proporzioni che aveva quando la puntura fu fatta — e che successivamente si estese e si ulcerò in vescica dove si vuotò. Dopo di che, come suole accadere, il processo infiammatorio spontaneamente volse a guarigione.

3° *caso.* — L. Paola, di anni 46, nubile, da Porto Empedocle, si presenta alle mie consultazioni il 13 aprile 1920. Racconta che dodici anni addietro si ammalò di febbre tifoide e in quell'occasione avvertì dolore e gonfiore al fianco sinistro che scomparvero in un mese. Dopo otto anni di benessere — or sono quattro anni — soffrì di nuovo dolore e gonfiore allo stesso fianco; le urine divennero scarse, purulente e talvolta nerastre. L'inferma non sa meglio precisarci quest'affezione di cui dice di essere guarita in tre mesi circa. Null'altro di notevole nei precedenti. Da circa tre mesi avverte senso di trafittura alla vescica, lieve dolore alla minzione che si compie con un certo sforzo e dalla stessa epoca si è accorta della presenza di un «gonfiore» alla vescica. L'esame generale è negativo; i reni sono ptosici, ma indolenti alla pressione e di volume normale. La regione soprapubica è lievemente tumefatta; con la palpazione si constata la presenza — in corrispondenza della tumefazione suddetta — di una massa globosa liscia, durissima, indipendente dalla parete addominale, alquanto mobile nel senso trasversale ed estendendosi in alto sino a due dita trasverse sotto la cicatrice ombelicale e lateralmente ai margini esterni dei muscoli retti. In basso la sua massa si nasconde dietro la sinfisi pubica e nella profondità si confonde tra i visceri addominali. Il cateterismo dà esito a poca quantità di urina quasi limpida, e che all'esame nulla dimostra di notevole all'infuori della presenza di leucociti in discreto numero. La cistoscopia mette in evidenza la iperemia e la iperplasia della mucosa della parete anteriore della vescica che appare anche edematosa e in qualche punto ricoperta da edema bolloso. La pressione sul tumore non provoca dolore rilevante. La diagnosi di flemmone ligneo della parete anteriore della vescica è evidente e nettamente posata.

L'inferma riparte per il suo paese da dove ha cura di darmi epistolarmente notizie del decorso della sua affezione. Apprendo in tal modo che dopo pochi giorni del suo ritorno in famiglia, comincia a notare lieve elevazione febbrile serotina, preceduta talora da senso di freddo e seguita da sudore. Dopo circa un mese le urine divengono torbide; i fenomeni subiettivi e la elevazione termica si aggravano, finchè improvvisamente un giorno l'inferma in seguito ad imperioso stimolo della minzione

emette urine torbidissime miste a cenci nerastri. Da allora tutto il quadro dei sintomi volge a miglioramento e la guarigione è completa in capo a due settimane. Rivedo l'inferma in Palermo nel dicembre dello stesso anno e constato la scomparsa totale della tumefazione soprapubica.

4° *caso*. — Signora P. Angela, di anni 76 da Palermo, 16 febbraio 1916. Una sorella morì di cancro mammario. Ella non soffrì mai malattie d'importanza, sposata a 18 anni ebbe nove figli, tutti in buona salute. Menopausa a 48 anni. Cinque mesi addietro senso di peso alla regione anale e dolori alla defecazione. Constatata l'esistenza di ragadi, fu fatta la divulsione. Ben presto apparvero disturbi vescicali: stranguria, frequenza, imperiosità e dolore della minzione, falsa incontinenza, dolori lancinanti alla vescica. Le urine divennero torbide, purulente, alcaline e infine verdastre, filanti e putride. Sopravvennero ematurie.

Sono chiamato a visitare quest'inferma per consiglio dei curanti dott. Strazzeri e Bonanno che hanno diagnosticato un neoplasma della vescica. La paziente è deperita e anemica; l'esame generale è negativo; nulla ai genitali; l'espiorazione ano- rettale, all'infuori della esistenza di qualche ragade anale nulla dimostra di notevole. La palpazione vaginale del fondo della vescica dà la sensazione ben netta della presenza nel serbatoio urinario di un corpo estraneo del volume di una noce, fisso sul trigono. La cistoscopia che solo dopo qualche settimana di lavaggi si può praticare, conferma l'esistenza di un tumore del volume di una grossa mandorla, sessile, di aspetto carnoso, superficie granulosa, colorito roseo-grigiastro, ricoperto qua e là da cenci purulenti e fibrinosi, largamente impiantato sul trigono e sollevato di circa tre centimetri nella mucosa. E' ben naturale che fosse concordemente affermata la diagnosi di cancro della vescica e l'inferma dichiarata — anche in considerazione dell'età — inoperabile. Dopo di ciò la cura si è limitata a lenire i dolori locali. Senonchè l'ulteriore andamento della malattia dimostrò l'infondatezza del comune giudizio: i lavaggi e le distillazioni alleviarono il risentimento doloroso e migliorarono rapidamente l'andamento della malattia. Una seconda cistoscopia ripetuta dopo quattro mesi dalla prima e quando l'inferma era completamente guarita dei suoi disturbi chiaramente rivelò la scomparsa del tumore. Al suo posto rimaneva soltanto un lieve irregolare increspamento della mucosa iperplasica e iperemica.

5° *caso*. — Z. Vittorio, di anni 23, soldato del distretto di Siracusa. Il 10 luglio 1918 entra per ematuria nell'Ospedale Militare Principale di Palermo, reparto Urologico da me diretto.

Anamnesi familiare e personale remota negativa. Pochi anni addietro soffrì di malaria. Mai infezioni veneree nè sifilitiche. La presente infermità ebbe inizio in seguito a ferita riportata il 12 agosto 1916 (due anni prima) sul Monte Santo per scheggia di granata alla regione glutea destra. L'infermo riferisce che dalla ferita venne fuori urina per circa un mese; che poi gradatamente la minzione si ristabilì per la via naturale, ma sempre accompagnata da ematuria terminale. Subbiettivamente nessun disturbo. Stato generale ottimo. La endoscopia mette in evidenza sulla parete laterale sinistra a tre centimetri dal collo un tumoretto di colorito roseo, e per volume, forma ed aspetto paragonabile ad una mora di piccole dimensioni; superficie mammellonata, qua e là rivestita di membranelle e cencetti grigiastri, in qualche punto sanguinante. Non è visibile il peduncolo. Il tumoretto appare come incastonato nella parete entro la quale sembra in parte affondato. La radiografia dimostra che non esistono scheggie metalliche nè ossee in vescica. Una scheggia metallica della grandezza di due centimetri si nota invece sulla branca discendente dell'ischio sulla linea della regione crurale sinistra.

L'individuo rifiuta l'intervento chirurgico ed è inviato in licenza di un anno. Al termine di tale licenza rientra in ospedale per la stessa affezione. Stato generale ottimo, esame generale negativo. La cistoscopia conferma il precedente risultato. Urine lievemente torbide per pus e per il resto normali.

L'infermo dopo varie vicende accetta la proposta d'intervento.

Aperta largamente la vescica dalla via ipogastrica si scopre il tumore che con una pinza curva ad angolo retto è afferrato rasente al suo impianto; ma sotto la pressione il peduncolo si spappola e tutto il tumore si stacca alla prima trazione, lasciando un piccolo vuoto nello spessore della parete in cui si era formata come una nicchia. Solo allora si scopre nella sua compagine un piccolo brandello di stoffa di lana ridotto ad un groviglio di fili. Si raschia la superficie cruenta dell'impianto del tumore e si suturano i suoi margini con pochi punti di catgut per frenare la lieve emorragia. Sutura completa della vescica; caieterə e permanenza; guarigione per prima.

L'esame istologico del tumoretto, affidato all'egregio prof. Ugo Soli, valoroso anatomo patologo della nostra Università, ha dato il seguente risultato:

« La porzione centrale del tessuto inviato dimostra residui di fili di lana in un piccolo groviglio, entro un forte infiltrato leucocitario e circondato da uno spesso tessuto di granulazione, ricco di fibroblasti e di capillari sanguigni.

La porzione superficiale è costituita da formazioni papillari che constano di un connettivo fortemente infiltrato da numerosi piccoli elementi rotondeggianti e di un rivestimento epiteliale cilindrico stratificato. I limiti fra connettivo ed epitelio sono netti e bene conservati; non si vede atipia negli elementi dell'epitelio di rivestimento.

Un tale reperto depone per la diagnosi istologica di « processo infiammatorio cronico da corpo estraneo ».

La disseminazione di pezzeti di questo tessuto in brodo, i trapianti in agar e l'infissione in gelatina, diedero culture di cocchi immobili di piccolissimo diametro dimostratisi alla prova biologica (iniezione nel sotto-cutaneo di cavie) di scarsa virulenza.

In tutti i casi sopra descritti si è avuta una tumefazione che ha presentato alcuni dei ca-

ratteri fisici del blastoma; ma che nell'ulteriore decorso ha mostrato in modo indubbio la sua natura puramente infiammatoria. Dei cinque casi tre avevano localizzazione parietale, due erano cavitarii, nei primi la tumefazione interessava la parete anteriore della vescica e di essa riproduceva la forma globosa con carattere di ispessimento fibroso simile a piastrone convesso; negli altri due la neoformazione sorgeva dal trigono circoscritta, prominente nella cavità vescicale, sessile e aveva aspetto moriforme.

Per quanto riguarda i caratteri fisici di queste neoformazioni, possiamo adunque distinguere due tipi morfologicamente ben definiti: il tumore infiammatorio parietale e quello cavitario.

In quanto al decorso e all'esito, dei cinque casi da me osservati: nei tre parietali il decorso è stato relativamente rapido e l'esito costante la suppurazione; nei due cavitari, il decorso è stato più lungo e mai si è avuto esito in suppurazione.

Come si vede la classificazione di questi processi infiammatori della vescica in parietali e cavitari trova piena giustificazione nella diversità dei caratteri fisici, del decorso e dell'esito proprii a ciascuno dei due tipi.

Etiologia. — Oggidì non si mette più in dubbio la natura infettiva irritativa di tali processi infiammatorii. In quanto alle forme parietali (flemmoni lignei) il Reclus che per il primo li descrisse nel 1893 avendo nei suoi primi casi riscontrato esclusivamente il bacillo di Löffler credette alla sua specificità. Dopo di lui altri sostenne una specificità diversa: actinomices (Remedi), bacillo di Koch, ecc., ma presto venne dimostrato che almeno dal punto di vista dei microrganismi produttori l'affezione non è specifica e che essa deve ritenersi come espressione di una reazione speciale dell'organismo ad agenti infettivi diversi. Il batterio più frequentemente riscontrato è stato lo stafilococco; sono stati ritrovati anche il bacillo di Löffler, lo streptococco, il proteobacilo, il bacillo pseudodifterico, l'actimomices, il bac. di Eberth, il bact. coli, ecc.

Nel caso primo da me descritto, trovai stafilococchi e streptococchi. Altra osservazione unanime è stata la constatazione della debole virulenza di questi germi. Per ciò che riguarda le forme cavitarie la loro origine infettiva è ben nota. Nel caso n. 5 descritto da me fu dimostrata la presenza di cocchi ed anche la loro scarsa virulenza.

La formazione di questi interessanti processi infiammatori richiede due circostanze: una causa predisponente ed una determinante. La prima è rappresentata in generale da un trauma che può essere evidente (operazione chirurgica) o invece insignificante e tale da sfuggire ad ogni controllo: lacerazione degli strati superficiali della vescica per distensione di orina (Lefort) — smorzi di vomiti (Boier) — di coito (Vidal Nusbam) — del parto (Cimino) — in convulsioni tetaniche (Cruveilher) — tosse (Larrey). Altre volte la causa irritativa predisponente è rappresentata dalla presenza di un corpo estraneo (sono stati ritrovati fili di seta o catgut in seno a tumefazioni infiammatorie nel sito stesso in cui era stato in precedenza praticato l'intervento chirurgico o nelle vicinanze: il Losio riferisce di una tumefazione infiammatoria sviluppatasi intorno ad una spina di pesce inghiottita e poi passata attraverso la parete dello stomaco; Franke di un'altra attorno ad un frammento osseo ed Alessandri di un'altra ancora attorno a frammenti vegetali fuori usciti da un'ulcera gastrica perforata. Cassanello in un individuo operato cinque anni prima di ernia inguinale e in cui si era sviluppata una tumefazione infiammatoria soprapubica, oltre che aprire questa dovette, valendosi di un tubo endoscopico togliere un filo di seta emigrato nella parete vescicale e sporgente in vescica.

Nei casi da me descritti la causa determinante è stata: sforzi del parto (osservazione n. 1) dilatazione forzata del restringimento uretrale (osservazione n. 2), ignota (osservazione n. 3) divulsione anale (osservazione n. 4) ferita d'arma da fuoco con penetrazione di un frammento di stoffa (osservazione n. 5).

In quanto alla presenza dei germi in vescica, essi possono ritrovarsi nei casi di malattia di quest'organo (cistite, blastomi, ritenzioni infette, ulcerazioni, calcoli, ecc. o per diffusione per continuità dagli organi genitourinari contigui (blenorragia, uretrite cronica, prostatite, vaginite, nefrite) o dalle linfoglandole del piccolo bacino; della fossa iliaca o della parete stessa anteriore della vescica (queste ultime descritte dal Gerosa, da Bazy, English, Zeissl e Orowitz); o anche per emigrazione sia da organi vicini (tubo intestinale, genitali femminili) sia da organi lontani per le malattie le più diverse: difterite, osteomielite, pleurite, pulmonite, colera, angina, ecc.

La eliminazione batterica per le urine, più frequente, è data dal tifo. Holscher in duemila autopsie di tifosi riscontrò innumerevoli lesioni infettive delle vie urinarie; Burschmann in 1900 casi di tifo trovò nel 20 % i bacilli nel-

l'urina. Ed è a ricordare come la sopravvivenza del bacillo di Eberth sia stata dimostrata dopo anni dall'avvenuta infezione.

Brusche, Muller, lo trovarono dopo sette anni, Dungher dopo 15; Drobe dopo 17; Forster dopo 20 e Kaiser dopo 30 anni.

Nei casi da me descritti i germi sono penetrati rispettivamente: dai genitali interni femminili (osservazione n. 1); dall'uretra (osservazione n. 2); dalle vie urinarie superiori resesi infette probabilmente in seguito al tifo (osservazione n. 3); dall'intestino retto (osservazione n. 4); dall'esterno, per ferita (osservazione n. 5).

Diagnosi. — La diagnosi di tali processi infiammatori della vescica è molto difficile perchè alcuni dei loro caratteri possono facilmente fino da principio indurre su una falsa strada, che spesse volte può condurre alla diagnosi di neoplasma. *a*) Forme parietali. Quando hanno sviluppo parietale sono mediani, globosi, lisci e voluminosi; la loro forma esterna riproduce così fedelmente quella della vescica che ad un primo esame sono ritenuti costituiti appunto dalla vescica distesa perchè piena di urina. Ma la durezza lignea e sopratutto il fatto che malgrado lo svuotamento del serbatoio fatto col cateterismo, la tumefazione resta intatta nella sua sede, egualmente voluminosa e dura, dimostrano subito che questa ipotesi è infondata.

Nelle discussioni svoltesi con colleghi sugli ammalati dei quali ho descritto i casi nelle tre prime osservazioni, si è parlato di diverticoli vescicali e di infiltrazioni di urina. Sono ipotesi inammissibili. Non si riesce a comprendere infatti come una infiltrazione di urina possa riprodurre la forma identica della vescica e prenderne il posto.

In quanto ai diverticoli, a parte la stranezza che siano proprio mediani, essi se sono congeniti debbono essere stati notati dall'infermo fin dall'infanzia, mentre tutti i nostri soggetti sono concordi nell'affermare di essersi accorti della loro tumefazione solo da qualche settimana o mese; se acquisiti si sono prodotti per distensione e sfiancamento delle pareti vescicali con extroflessione della mucosa e allora perchè raggiungano le grandi dimensioni dei nostri casi, debbono forzatamente accompagnarsi a distensione vescicale imponente, la qual cosa manca del tutto nei processi infiammatori in discorso. Del resto, a dirimere la questione, soccorre anche qui un semplice cateterismo: se si tratta di diverticolo, la tumefazione deve svuotarsi.

Le tumefazioni cistiche, collegate o non con la parete vescicale, possono simulare i processi inf. parietali; ma solo ad un esame superficiale, poichè essi sono molli fluttuanti e non duro-legnose, e d'altra parte si lasciano diagnosticare senza alcun dubbio da una puntura esplorativa.

Tumori dei genitali interni femminili, intestinali, peritoneali, ossei o cartilaginei del cingolo pelvico possono per eccezione simulare così bene le tumefazioni infiammatorie parietali della vescica, da rendere la diagnosi supremamente ardua. In tali casi soccorrono i seguenti criteri: le tumefazioni infiammatorie parietali si accompagnano spesso, presto o tardi ad elevazione febbrile, questa generalmente è di lieve entità ed ha carattere suppurativo; esse inoltre contraggono tenaci aderenze cogli organi circostanti. Ma ciò che è in esse caratteristico e patognomonico, è il fatto che si sviluppano senza recare all'individuo il più piccolo disturbo o arrecandone insignificanti tanto da passare inosservate sino a quando il caso le svela.

Per ciò stesso non possono confondersi sopratutto coi blastomi della vescica nei quali la reazione dell'organo è violenta e si manifesta con fenomeni acuti di cistite. Nei processi infiammatori infine mancano la cachessia e il trapianto che sogliono denunziare la neoplasia maligna della vescica per poco che raggiunga discreto sviluppo.

Riassumiamo e concludiamo: Processo infiammatorio parietale, caratteri fisici: tumefazione mediana, voluminosa, globosa, liscia, immobile o quasi, duro-lignea, ubicata nella sede precisa della vescica urinaria di cui riproduce fedelissimamente la forma e le dimensioni quando questa sia distesa da urina ritenuta.

Caratteri diagnostici clinici: si è sviluppata in poco tempo, non produce disturbi di cistite o ne produce lievi; è accompagnato da elevazione febbrile, non si accompagna a cachessia nè determina trapianti neoplastici.

Ricerche strumentali: col cateterismo, benchè svuotata dell'urina, la supposta vescica mantiene gli stessi caratteri di volume e durezza; la puntura esplorativa dà esito negativo o estrae poco pus.

La cistoscopia infine dimostra che le alterazioni visibili della mucosa della parete vescicale sono di natura circolatoria o infiammatoria e nulla hanno di comune con quelle caratteristiche dei blastomi.

b) *Forme inf. cavitarie.* — Questo tipo di processo inf. non può confondersi che col solo

blastoma; ma la diagnosi differenziale è supremamente ardua. Il processo inf. cav. infatti può determinare fenomeni reattivi violenti a carico della vescica (cistite) come nei veri neoplasmi; e la cistoscopia induce ancor più in errore mostrando ai nostri stessi occhi un tumore che ha tutti i caratteri del blastoma sessile e prominente. Chi però ha pratica di immagini cistoscopiche rimane diffidente innanzi a quella della tumefazione infiammatoria. La vera neoplasia prominente nella cavità suole essere villosa, frangiata; quando ha aspetto di massa carnosa ha superficie irregolare e bernoccoluta, colorito più o meno grigiastro, si circonda nella mucosa circostante di infiltrazioni evidenti. La tumefazione inf. invece ha aspetto profondamente diverso: la sua massa generale ha colorito roseo, la forma esteriore è regolare e somiglia perfettamente a quella di una mora e, all'infuori di una iperemia più o meno accentuata, la mucosa circostante non mostra alterazioni degne di nota. In nessun caso la tumefazione infiammatoria cavitaria ha aspetto villoso o frangiato; in nessun caso la mucosa circostante al suo impianto presenta le nodosità e le traccie di diffusione dei tumori. Come si vede la cistoscopia può fornirci un valido aiuto diagnostico; ma pur troppo non sempre essa è possibile e quando pure lo è, richiede per la esatta interpretazione dell'immagine una lunga e ricca esperienza che non è comune.

Ed ancora quando l'osservatore avesse tale esperienza, questa particolare interpretazione di tumefazione infiammatoria sfugge perchè questo genere di neoformazione è così raro che è quasi ignorato e la mente di chi osserva non lo contempla.

Questi processi infiammatori della vescica, quale che sia il loro tipo sono rare volte diagnosticati esattamente. La loro grande somiglianza coi blastomi trascina subito la mente dell'osservatore a confonderli con questi. L'errore della diagnosi ha gravi conseguenze. Sotto la sua influenza il chirurgo è spinto ad una prognosi grave ed è indotto ad interventi aggressivi e ampiamente demolitori di gran lunga sproporzionati all'entità vera dell'affezione. Se egli interpretasse esattamente la natura del processo in esame, guarirebbe invece il paziente con mezzi facili e innocui. La esattezza della diagnosi assume dunque nei nostri casi una importanza eccezionale.

Ora io ritengo che malgrado ogni apparenza, la diagnosi delle tumefazioni infiammatorie della vescica è facile. *Basta pensare ad esse.* Il dubbio che si tratti appunto di un processo infiammatorio deve *sistematicamente* esser presente *ogni volta che l'esistenza di una tumefazione della vescica è constatata.*

Esaminati alla luce di questo dubbio i vari elementi diagnostici parlano chiaro: eredità negativa; età giovane, stato generale buono e anche ottimo; traumi pregressi della regione; infezioni degli organi prossimi o lontani, blandi caratteri dell'ematuria, quando pure questa esiste; reazione vescicale nulla in molti casi, e quando esiste, bene influenzabile dalle opportune cure; assenza di frustoli neoplastici nell'urina, di trapianti, di ingorghi glandolari, frequente elevazione termica. Che altro occorre per escludere il blastoma?

E aggiungiamo che se blastoma fosse, non potrebbe che esser di natura maligna: nella forma parietale infatti si ha un enorme volume di tumore sviluppatosi in tempo brevissimo, come si rileva dal fatto che il paziente non si è accorto della sua presenza che da epoca recentissima, e meglio ancora quand'egli è in grado di assicurarci che questo tumore certamente non esisteva sino a poco tempo addietro. Dunque? Sarcoma. E nella forma cavitaria: tumore carnoso e sessile: epitelioma. Ma tutta la disamina degli elementi sopra elencati, conduce invece ad escludere il blastoma maligno. Come si vede, tutto si riduce a *pensare* alla natura infiammatoria eventuale del tumore in osservazione. E la diagnosi è fatta anche senza l'aiuto del cistoscopio. Che se poi anche di questo potremo avvalerci, se pure inesperti, dopo il lavorio mentale suddetto, la giusta interpretazione dell'immagine salterà fuori facile e spontanea.

La prognosi di questi processi inf. della vescica si desume dalle già fatte considerazioni. L'affezione è sicuramente benigna, ma la grande facilità dell'errore di diagnosi espone il paziente ad operazioni chirurgiche di entità oltremodo pericolose.

La guarigione spesso è spontanea; nella forma parietale, quando esistono focolai purulenti, questi abitualmente si svuotano spontaneamente in vescica.

Del resto, quando non abbiano dato esito in suppurazione, queste tumefazioni sono suscettibili di riassorbirsi, come in ogni altra regione, specie se si ajuta il processo di riassorbimento con applicazioni caldo umide esterne. Ma se v'ha ragione di sospettare ch'esse nascondano un corpo estraneo, o se il loro decorso assume carattere di gravità (reazione intensa peritoneale, ecc.) o se si protrae lungo tempo molestando o danneggiando l'infermo (febbre, aderenze cogli organi prossimi, ecc.),

una volta diagnosticate, debbono essere operate. Quelle parietali saranno incise dalla via soprapubica, si ricercherà la loro cavità centrale purulenta, se esiste. I focolai purulenti possono essere multipli. Nelle forme cavitarie l'intervento è praticato con la stessa tecnica che per i blastomi; ma l'esereṡi è facile e va limitata alla sola massa prominente. La recidiva non può avvenire mai. Si potrebbe anche servirsi della folgorazione ed elettrocoagulazione.

In generale non bisogna aver fretta, e se non v'ha necessità d'intervenire, attendere e lasciar fare alla natura.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. CLINICA MEDICA diretta dal prof. V. ASCOLI

Il potere curativo della cinconina nella malaria

per il dott. FAUSTO AMANTEA
assistente interno.

Allo scopo di sostituire alla chinina, a volte poco tollerabile, di azione malsicura nella profilassi delle recidive, sono stati tentati mezzi terapeutici diversi o preparati che ne attivino l'azione.

La fenocolla fu propugnata da Albertoni, ma di essa ben presto fu dimostrato lo scarso o nullo potere antimalarico.

Il bleu di metilene, indicato da Ehrlich e da Guttman come un rimedio sicuro, di poi dimostrato anche nella nostra Clinica inefficace (Pontano).

L'*heliantus annuas* e il cloridrato di emetina di azione del tutto contrastata.

Il tartaro emetico da Roger consigliato contro le forme di gameti, di poi dimostrato inefficace per qualunque specie e stadio di malattia.

Il salvarsan e il neosalvarsan, la cui azione ancora discussa è certo inferiore a quella della chinina.

Il solfato di chinoidina, usato con buoni effetti da Zeilang e trovato dal prof. Silvestri, che per consiglio di Ascoli, l'ha sperimentato in Clinica, un efficace antimalarico, là dove per speciale tolleranza non aveva dato disturbi gastro-enterici legati alla sua tossicità.

Infine la cinconina da lungo tempo tentata con risultati discordi ed incerti.

Chemel e Double infatti la ritennero di azione poco rapida: Bleyne la preferì alla chinina, per le sue azioni tossiche meno fastidiose: Marianini si vantò dei successi che con essa aveva ottenuti: Briquet asserì ch'essa poteva sostituire il chinino, avendo le stesse proprietà e i medesimi effetti; Laveran e Dougal invece ritennero ch'essa aveva una azione protozuaría inferiore alla chinina, mentre Mariani pensò che essa dovevasi propinare solo nei casi di intolleranza per il chinino.

E dopo ciò, forse per discordanza dei pareri e per l'incertezza dei risultati, la cinconina cadde in oblio; benchè, bisogna notarlo, essa non fu mai, anche temporaneamente, trasportata nel campo della pratica, anche quando ricercatori esimi ebbero a vantare le sue virtù curative.

Fu solo durante la guerra, cui grande era il bisogno del chinino per la profilassi anti malarica, che nell'affannosa ricerca di avere un mezzo specifico e sicuro da sostituire a questo, ritornò in onore la cinconina.

E mentre Roger tenta, con una serie di ricerche, di stabilire la via migliore di amministrazione e la tossicità dell'alcaloide, il professore Silvestri dal suo canto fa un altro gruppo di interessanti ricerche, sulla somministrazione contemporanea della chinina e della cinconina e sulla tossicità di questa, che trova simile alla tossicità di quella.

Nel contempo Ascoli fa una comunicazione alla R. Accademia Medica di Roma «Sulla emoglobinuria da chinino con speciale riguardo alla cura con la cinconina» in cui dimostra, con la sua alta competenza, come in due malarici, nei quali il chinino dava luogo ad emoglobinuria, in uno dei quali anche per minime dosi, la cinconina non solo non aveva dato alcun fenomeno di intolleranza: ma era riuscita di indiscussa efficacia tanto che gl'infermi furono dimessi completamente guariti. Le cose per poco rimangono così; quando appaiono le comunicazoni sugli studi clinici, fatti durante la guerra dal prof. Dionisio, dal dottor Bini e dal prof. Pontano infine consentono di fare, in una relazione sul potere curativo della cinconina, una affermazione netta dichiarando essersi la cinconina dimostrata praticamente, in numerosi casi controllati con l'esame del sangue, efficace quanto il chinino e priva di qualsiasi inconveniente, se ne eccettui qualche lieve capogiro per le dosi massive e aggiungendo: «la febbre e i parassiti della serie monogonica scompaiono dal circolo (1 o 2 giorni) e le recidive si comportano come per i curati per chinina». Concetto che poi ha ribadito anche ultimamente questo anno al Congresso di medicina di Trieste «nella sua relazione critica sulla malaria».

E così noi vediamo finalmente la cinconina applicata con larghezza; non più a sostituire

la chinina nell'emoglobinuria, ma in quasi tutte le forme malariche.

Partendo da questi lusinghieri risultati e convinti della tolleranza e costante azione parassiticida dell'alcaloide, in questi ultimi due anni in ispecie, quasi a riprova delle esperienze acquisite, si sono estese in Clinica le ricerche sul potere curativo della cinconina in tutte le più svariate forme malariche, dalle recenti alle ricadute, alle recidive, alle croniche, per ribadire fino a qual punto essa può sostituire il chinino e se, mostrando una azione sicuramente costante ed efficace, essa possa più agevolmente debellare il morbo, prevenire le recidive preepidemiche e far così opera altamente umanitaria di profilassi sociale.

La cinconina come si vedrà per ciascoun caso è stata adoperata per bocca nella quantità di uno a due gr., in varie prese *pro die* o per soli alcuni giorni.

Delle molte storie cliniche, riporto le seguenti, sembrandomi molto dimostrative.

CASO I. — Giovane di anni 15, entrato in Clinica l'11 novembre e dimesso il 28 novembre. Affetto da un anno da febbri malariche curate dapprima insufficientemente con 3 o 4 pastiglie di chinino *pro die* e di poi per l'acutizzarsi dei fenomeni accessuali, epistassi, dolori al fianco sinistro, ecc. con 2 gr. *pro die* per la durata di 75 giorni, in cui gli accessi non cessano di essere gagliardi. All'esame del sangue si rinvengono parassiti malisi. Gli vengono propinati 2 gr. *pro die* di cinconina per 9 giorni di seguito, senza alcun disturbo. Gli accessi febbrili subito si mitigano e ben presto cadono completamente. Al 10° giorno di degenza non si trovano più i parassiti nel sangue, neanche dopo un bagno freddo.

CASO II. — Donna di anni 28, entrata in Clinica il 13 novembre e dimessa il 1° dicembre, affetta da febbri malariche da soli 15 giorni. All'esame del sangue: forme anulari e scarse forme adulte in sporulazione da *plasmodium malariae*. Viene lasciata 9 giorni in osservazione e si ha il ripetersi di tipici accessi febbrili quaternari. Il 23 le vengono somministrati 2 gr. di cinconina in 5 carte di ctg. 40 ogni 2 ore. Il 24 e 25 nulla. Il 26 l'accesso ritorna con temperatura massima di 37°.5.

Di poi le vengono propinati 2 gr. di cinconina *pro die* e gli accessi febbrili non si ripetono più.

CASO III. — Contadina di anni 17, entrata in Clinica il 26 agosto e dimessa il 24 settembre. Anamnesi remota, febbri intermittenti senza caratteri precisabili; da una settimana febbri periodiche alte, accompagnate da delirio. La si tiene due giorni in osservazione, ed è colta da un accesso febbrile a tipo terzenario. All'esame del sangue: anelli di terzana estivo-autunnale. Il 28 e 29 le si propinano 2 gr. di cinconina: il 30 e 31 appicazione di raggi X sulla milza. Il 3 si ha lieve rialzo di temperatura; il 5 un nuovo accesso febbrile.

Le si somministrano allora 2 gr. di cinconina per la durata di 10 giorni. Si ha solo qualche rialzo modico di temperatura, poi la completa scomparsa. L'esame del sangue è ripetutamente negativo. Negli ultimi giorni di degenza le si propina con la cinconina del liquore arsenicale.

CASO IV. — Donna di anni 35 entrata in Clinica il 4 ottobre e dimessa il 23 ottobre. Affetta da 25 giorni di febbri malariche e da ematuria, giunta all'ospedale in gravi condizioni, con sensorio ottuso, colorito terreo, dispnea intensa, edemi agli arti inferiori. All'esame del sangue: anelli di terzana estiva. All'esame dell'urine: presenza di albumina, di cilindri granulosi, e di emazie. Le vien subito fatta una iniezione intravenosa di chinino e iniziata la cura della cinconina, nella dose di 1 gr. *pro die* per i primi 8 giorni e di 2 gr. a giorni alterni per altri 15 giorni. Subito si nota gli accessi diminuire di intensità. Al 9° giorno l'esame del sangue dimostrasi negativo. Al 14° giorno è sfebbrata completamente e tale rimane in buono stato di salute.

CASO V. — Contadina di anni 17, entrata in Clinica il 26 agosto e dimessa il 21 ottobre. Affetta da malaria da una settimana. All'esame del sangue: anelli di terzana primaverile, qualche forma ameboide, con granulazioni semplici. Per 2 giorni rimane in osservazione, e si ha il ripetersi dell'accesso febbrile. Poi le si somministrano per 2 giorni 2 gr. *pro die* di cinconina. L'accesso febbrile si ripete benchè modico. Le si fa una applicazione di raggi X sulla milza e si sospende ogni cura per la durata di 5 giorni. La febbre è assente. Le si pratica un bagno freddo. La febbre non torna. Ancora 2 gr. di cinconina *pro die* per altri 11 giorni; durante cui si ha qualche fugace e modico rialzo febbrile, pur essendo il reperto nel sangue negativo; finchè per l'insorgenza di dolori addominali si sostituisce alla cinconina, il chinino alla stessa dose di 2 gr. *pro die* fino alla uscita dalla Clinica.

CASO VI. — Donna di anni 26, entrata in Clinica il 5 ottobre e dimessa il 19 ottobre, affetta da malaria da un mese. All'esame del sangue: presenza di numerosi parassiti di *plasmodium precox* in vari stadi. Dal 2° giorno le vengono somministrati 2 gr. *pro die* di cinconina per la durata di tre giorni e poi a giorni alterni per altri otto giorni. Si nota che già dopo la prima somministrazione di cinconina la febbre non torna più.

CASO VII. — Donna di anni 20, entrata in Clinica il 25 luglio e dimessa il 14 agosto, affetta da malaria da più di un anno e curata insufficientemente con chinino. Condizioni abbastanza gravi. Allo esame del sangue reperto negativo. Notasi che il suo bambino di 4 mesi, anch'esso affetto da malaria, aveva l'esame del sangue positivo per il *plasmodium vivax*. Per due giorni vien trattato con chinino. Al 3° giorno l'accesso febbrile si ripete, ma poco violento. Le si somministrano 2 gr. *pro die* di cinconina per la durata di 14 giorni. La febbre nei primi giorni tornò lieve, poi scomparve e non tornò più neanche dopo la sospensione dell'alcaloide.

CASO VIII. — Bambina di anni 8 e mezzo. Entrata in Clinica il 5 giugno, dimessa il 26 giugno, affetta da febbri malariche da un mese. All'esame del sangue: parassiti della terzana maligna. Il primo giorno ha un accesso febbrile fino a 40. Le si somministra un gr. di cinconina per tre giorni di seguito. Il 7 e il 9 modico rialzo febbrile. Le si propina 1.50 gr. di cinconina con intervalli di 3 giorni. Si ha solo qualche decimo di temperatura fugace per quasi 6 giorni di seguito, poi più nulla.

CASO IX. — Giovane di anni 21, entrato in Clinica il 26 luglio, dimesso il 9 agosto. Affetto da pochi giorni da febbri lievemente intermittenti, da fenomeni bronchiali e sfregamenti pleurici. Primo esame del sangue negativo. Tra le altre cure gli viene propinato 1/2 gr. di chinino. Al 4° giorno di degenza l'esame del sangue rivela anelli e forme adulte di terzana estiva. Gli vien fatta una iniezione di 1/2 gr. di chinino intravenosa e somministrata per bocca gr. 1 di cinconina.

La sera istessa la febbre, ch'era rimasta quasi continua, cadde. Nei giorni seguenti gli furono propinati 2 gr. di cinconina *pro die* per la durata di 6 giorni e poi gr. 2 di chinino *pro die* per altri 6 giorni. Le febbri non tornarono più.

CASO X. — Giovane di anni 17, entrato in Clinica il 25 settembre e dimesso il 13 ottobre. Da piccolo aveva sofferto di malaria, guarito con cura chininica. Da un mese colto di nuovo da febbri malariche irregolari, rimasto in Clinica in osservazione per la durata di otto giorni, in cui si hanno 4 accessi febbrili tipo terzenario con elevazione di temperatura fino a 40. Di poi gli vengono propinati gr. 2 di cinconina. Il giorno seguente in luogo dell'accesso, si ha un rialzo di temperatura fino a 37°.4. Quindi più nulla, per tutto il periodo di degenza in Clinica.

CASO XI. — Giovane di anni 17, entrato in Clinica il 16 luglio e dimesso il 30 luglio. Affetto da un anno di malaria curata con cura chininica e recidivata da 65 giorni. All'esame del sangue: parassiti della terzana primaverile. Gli vengono somministrati gr. 2 di cinconina e la febbre non ritorna più

CASO XII. — Uomo di anni 41, entrato in Clinica il 26 luglio e dimesso il 4 agosto, da cinque giorni affetto da febbri malariche con rialzi di temperatura fino a 40°. Gli vengono subito somministrati 2 gr. di cinconina a giorni alterni e non si ha più il ripetersi degli accessi per tutta la durata della degenza.

CASO XIII. — Uomo di anni 41, entrato in Clinica il 25 luglio e dimesso il 4 agosto. Da un anno affetto da malaria, che curò con chinino e mistura Baccelli, e che recidivò quindici giorni prima.

Esame del sangue negativo. Lo si tiene in osservazione per 5 giorni in cui si notano rialzi di temperatura modici e quotidiani. Il 29, 30 e 31 gli si propinano 2 gr. di cinconina *pro die* e il 1°, 2 e 3 due gr. di chinino *pro die*. I rialzi di temperatura si ripetono modici, quindi cessano. Notai che il 28 dietro bagno freddo l'esame del sangue era positivo per i parassiti della terzana.

CASO XIV. — Giovane di anni 23, entrato in Clinica il 23 agosto e dimesso il 13 settembre, probabilmente affetto da malaria dalla età di 19 anni. I primi giorni di degenza, febbre fino a 40. All'esame del sangue: forme anulari di terzana estiva. Il 29 prime irradiazioni, la febbre si ha lo stesso. Il 30 4 iniezioni di bicloruro di chinino di 50 ctg. e 1 gr. per bocca. L'accesso si ripete nei giorni seguenti. Il 2 si somministrano 2 gr. di cinconina e l'ammalata rimane afebbrile per tre giorni di seguito. Il 6 però l'accesso si ripete con febbre fino a 40°. Le si somministrano altri 2 gr. di cinconina e la febbre non compare più per tutta la degenza. Esame del sangue negativo ripetutamente.

CASO XV. — Uomo di anni 28, entra in Clinica il 26 luglio e dimesso il 2 agosto, da una settimana affetto da malaria. Dopo tre giorni di febbre alternata, gli vengono propinati 2 gr. di cinconina per 2 giorni. La febbre non torna più.

CASO XVI — Giovane di anni 24, entrato in Clinica l'8 novembre e dimesso il 29 novembre. Affetto da 2 mesi da malaria curata con 2 gr. *pro die* di chinino, da cui non ha tutto l'effetto dovuto, perdurandogli quotidiani rialzi di temperatura. All'esame del sangue: anelli di *plasmodium precox*. Lo si tiene in osservazione per 5 giorni, infine gli si somministrano 2 gr. di cinconina per 2 giorni di seguito, nel cui periodo le elevazioni più che cessare assumono un certo carattere di violenza. Altri 2 gr. di cinconina il 16 l'accesso si rinnova, ma più modico, poi scompare del tutto per tutta la degenza.

CASO XVII. — Donna di anni 25, entrata in Clinica il 29 ottobre e dimessa l'11 novembre. Affetta da febbri malariche da 15 giorni. Il 26 accesso febbrile fino a 40°6. Esame del sangue parassiti malarici in discreto numero e il 30 un altro accesso febbrile d'intensità più modica. Le si somministrano 2 gr. di cinconina *pro die* per la durata di 8 giorni, l'accesso febbrile non si rinnova più. Esame del sangue in ultimo negativo.

CASO XVIII. — Donna di anni 54, entrata in Clinica il 26 ottobre e dimessa il 15 novembre. Affetta da sei anni di malaria, curata con chinino per bocca e per iniezioni. Due mesi fa fu colta novellamente da febbri quotidiane remittenti. Urine torbide ed ematiche. Degente in un ospedale 24 giorni è curata con chinino. Guarisce, ma 12 giorni fa, cioè il 14 le febbri riappaiono.

All'esame del sangue: anelli di terzana estiva con qualche semiluna. Rimane afebbrile fino al 2. Le vengono praticati bagni freddi *pro die* per 3 giorni di seguito e si hanno tre accessi febbrili fino a 39. Le si somministrano gr. 2 di cinconina *pro die* per tutta la durata della degenza in Clinica. La febbre scompare e non ricompare neanche dietro i bagni freddi.

CASO XIX. — Giovine di anni 24, entrato in Clinica il 26 aprile, dimesso il 18 maggio. Affetto da malaria da ua anno. Le febbri intermittenti a tipo quotidiano precedute da brividi e seguite da abbondante sudore, scompar-

se dopo 10 giorni di cura chininica, erano per ben 11 volte recidivate, appena il paziente sospendeva la propinazione del farmaco. Colto dall'accesso febbrile il 25, che si ripete il 26 e 27 con febbre fino a 40, il 28 terzo giorno di degenza gli vengono somministrati 2 gr. di cinconina e l'accesso non si ripete più. Per tutta la durata della degenza in Clinica gli viene propinato 1 gr. di cinconina il 30 aprile e 1 gr. il 6 maggio.

L'a. accusa solo un senso di secchezza in gola e qualche volta un senso di vertigine. I primi giorni l'esame del sangue aveva dato merozoiti e gameti di terzana benigna.

CASO XX. — Uomo di 28 anni entrato in Clinica il 25 aprile e dimesso il 10 maggio, colpito un anno fa da febbri malariche a tipo quotidiano, curate con 2 gr. *pro die* di chinina e recidivate per ben 6 volte, dopo breve sospensione del farmaco, novellamente colto da accesso malarico il 21 che si ripetè nei giorni seguenti. Entrato in Clinica il 25 gli si somministra 1 ½ gr. di chinino: ma l'accesso si ripete il 26 e il 27 in cui si continua nella proporzione giornaliera del chinino. Il 28 gli si somministrano gr. 2 di cinconina e l'accesso non si ha. Lo stesso si fa il 29 e il 30 e l'accesso non si ripete più per tutta la durata della degenza in Clinica. L'esame del sangue era positivo per la terzana benigna.

CASO XXI. — Giovine di anni 16, entrato in Clinica il 12 aprile e dimesso il 14 maggio. Affetto da recidiva malarica, contratta nell'autunno dell'anno precedente e guarito con alti dosi di chinino dopo tre mesi di febbri a tipo quotidiano. L'esame del sangue dà forme asessuate e gameti di terzana primaverile e forme gametiche di terzana maligna. Si ha un accesso febbrile della durata di 9 ore il 20, un accesso febbrile della durata di 18 ore tra il 21 e il 22, con periodo di apiressia; il 23, 24; un accesso febbrile modico tra il 25 e 26, un accesso febbrile della durata di 6 ore il 27; un periodo di apiressia il 28, 29 e 30; un accesso febbrile modico il 1° e poi completa apiressia. Fin dal 27 però gli si era propinato gr. 2 di cinconina *pro die*, che ha continuato per tutto il periodo di degenza. Il paziente non accusa alcun disturbo dell'uso continuato della cinconina.

CASO XXII. — Giovine di anni 16, entrato in Clinica il 2 gennaio e dimesso il 14 gennaio. Affetto da recidiva malarica contratta nel luglio precedente e guarito con chinino dopo breve. Colto da 10 giorni da febbri intermittenti a tipo terzenario, alla entrata in Clinica presenta la milza fino all'ombelicale trasversa e all'esame del sangue vari parassiti di terzana primaverile, forme anulari giovani con granulazioni di Schüffer, non forme adulte. Il 3 presenta un accesso febbrile della durata di 8 ore, che si ripete il 5. Il 6 gli si propinano gr. 2 di chinino. Il 7, 8, 9, 10 gli si propinano gr. 2 di cinconina, l'ammalato non presenta più accessi febbrili, e scompaiono i dolori splenici che accusava.

CASO XXIII. — Giovane di anni 19 entrato in Clinica l'11 aprile e dimesso il 5 maggio. Contrasse malaria 2 anni fa, per cui fu ricoverato in Clinica, ove rimase dal 7 ottobre fino al 5 novembre, curato dopo 10 giorni di osservazione, in cui la febbre si era ripetuta per la durata di poche ore tutti i giorni, e l'esame del sangue aveva dato anelli di terzana estiva, con qualche semiluna, con applicazioni di raggi per tutta la durata della degenza fino al 5 novembre, giorno in cui fu dimesso dopo un lungo periodo di apiressia iniziatosi fin dalla prima irradiazione; colto da nuovi accessi febbrili vien trattato questa volta con la cinconina. L'11 e il 12 rimane in osservazione, il 13 gli si propinano 2 gr. di cinconina. Il 14 si ha nuovo accesso febbrile per la durata di 7 ore e poi completa apiressia. Solo il 17 gli si propinano altri 2 gr. di cinconina.

CASO XXIV. — Giovine di anni 24 entrato in Clinica il 7 aprile e dimesso il 30 maggio. Trovandosi 5 anni fa in zona malarica, fece una intensa profilassi, prendendo chinino per iniezioni e per bocca. In quel periodo ebbe solo lievi e fugaci febbri che del resto si sono ripetute di tanto in tanto fino al settembre dell'anno scorso, in cui fu colpito da febbre violenta, quasi continua per tre giorni e ripetentesi irregolarmente nel pomeriggio per la durata di un mese, pur facendo intensa cura chininica. Dal 2 (5 giorni prima dell'ingresso in Clinica) fu novellamente colpito da accessi febbrili accompagnati a volte da vomito ed epistassi. Benchè prendesse 1 gr. di chinino al giorno fu obbligato ad entrare in Clinica. All'esame del sangue forme di terzana maligna; scarsissime semilune. Il 7, primo giorno di degenza, la febbre sale a 40.5. Gli si pratica una iniezione di chinino da 1 gr. L'accesso si ripete l'8. Gli si somministra 1 gr. di chinino per bocca. L'ammalato presenta un attacco di emoglobinuria. Il 9 si ha vomito, polso molle, sclere itteriche, anuria. L'accesso febbrile si ripete. Il 10 l'accesso è modico, si ha albumina nelle urine. L'11 si hanno pochi decimi di temperatura. Il 12 scomparsa dell'albumina dalle urine, lieve accesso febbrile, ipodermoclisi. Il 13, 14, 15 continua il miglioramento, si hanno lievi rialzi termici. Negativa è la ricerca dei parassiti. Il 16, 17 altri due nuovi accessi febbrili. Scomparsa dell'ittero.

Il 18, 19, 20, 21, 22 lievi rialzi termici. Il 23, 24 gr. 2 di cinconina *pro die*. Scompaiono i piccoli accessi febbrili e lo stato dell'ammalato migliora, fino al 14 in cui si ha un nuovo rialzo termico modico di 37°.6 dopo una iniezione di chinino da 1/2 gr. Non emoglobinuria. Dal 15 al 22 apiressia completa. Il 23, 24 altri due nuovi accessi febbrili. Presenza di anelli di terzana estiva-autunnale. Non emoglobinuria. Il 26 cinconina gr. 2 e l'ammalato rimase apirettico per tutta la degenza in Clinica.

Ora se noi ponderiamo singolarmente i casi su riferiti, osserviamo come da essi chiaramente emerge l'alto potere curativo della cinconina.

Vediamo come fin dalla prima somministrazione della cinconina la febbre non torna nel caso VI, che trattasi di una terzana primaverile recente e non trattata con chinino: nel X di terzana primaverile, trattata con chinino;

nell'XI di terzana primaverile recidivata e trattata con chinino; nel XIV di terzana doppia recidiva, trattata con chinino.

Vediamo come, allorchè non è sufficiente una sola propinazione del farmaco, dosi di 2 gr. *pro die* ripetute per alcuni giorni di seguito o a giorni discontinui debellano il male, come nei casi I, che trattasi di recidiva malarica trattata con chinino; II di quartana primitiva; VIII di terzana estiva primitiva; XII; XV e XVI di terzana estiva primitiva, trattata con 2 gr. *pro die* di chinino; XVII di primitiva non chininizzato; XVIII di terzana estiva recidiva, trattato con applicazioni di raggi; XXI di terzana primaverile trattata con chinino.

Vediamo come a volte riesce efficace la propinazione contemporanea della chinina e della cinconina come nei casi IV di terzana estiva con emoglobinuria modica; VII di terzana primaverile recidiva; IX di terzana estiva primitiva; XIII di terzana primaverile recidiva; XIV di terzana estiva recidiva; XX di terzana doppia recidiva; XXII di terzana primaverile recidiva; XXIV di terzana estiva con emoglobinuria.

Osserviamo inoltre come a volte riesce efficace la cura mista della concinina con applicazioni di raggi come nei casi III e V di terzana primaverile. Ma su tutto notiamo come la cinconina riesca a debellare in modo graduale, se non rapido, ogni forma recidivante e resistente al chinino. Tipico esempio ne è il caso XIX in cui si ha per ben 11 volte recidiva, appena il paziente sospendeva la propinazione del chinino e che bastò la somministrazione di 2 gr. di cinconina perchè l'accesso non più si ripetesse.

Riosserviamo infine l'efficacia della cinconina nelle forme emoglobinuriche, come nei casi IV e XXIV, forme entrambe date da terzana estiva e l'innocuità del farmaco, non avendo esso dato in tutti i casi esaminati nè per singole dosi, nè con l'uso un po' protratto, alcun danno, se ne eccettui, cosa già nota, un lieve senso di secchezza in gola e alla bocca e raramente capogiri.

Riassumendo, noi possiamo riconfermare quanto altri (Pontano, Silvestri, Ascoli, Sanguinetti) han detto. La cinconina in tutti i casi si dimostra un costante ed efficace protozuario, attenuando rapidamente il processo morboso o debellando in pochi giorni, là dove essa non mostri la sua mirabile virtù, determinando con una sola dose di gr. 2 l'estinzione del processo istesso, anche in casi in cui la cura chininica si mostra inefficace ripetutamente in vari modi propinata.

Inoltre essa è del pari efficace nelle forme più svariate: quartana, terzana primaverile, terzana estiva-autunnale, e specie in questa ultima tengo a ribadire, avendo altri anche recentemente negatane l'efficacia; inoltre nelle forme semplici e in quelle complicate; nelle malarie recenti, nelle ricadute e nelle recidive.

A volte, è vero, sembra ch'essa non mostri costantemente con la medesima rapidità la sua efficacia, ma insistendo debella lo stesso ogni forma. Per quali ragioni poi la cinconina in alcuni casi si mostri di più rapida efficacia e in altri meno, non sappiamo. Forse anche qui potremmo riferirci alle stesse cause invocate pel chinino.

Riaffermiamo inoltre la tolleranza completa del farmaco, dacchè, come facevamo osservare, se ne eccettui un po' di nausea e di secchezza delle fauci, non si hanno disturbi di sorta. Perciò riteniamo lecito affermare, dacchè la cinconina ha un potere specifico netto, una facile tollerabilità, un prezzo modico, di avere in essa il migliore succedaneo della chinina nella cura dell'episodio febbrile e nella profilassi delle recidive.

LETTERATURA.

MARIANI. *Sull'azione antiperiodica degli alcaloidi*. Vol. V. 1904.
L. ROGER. The British Medical Journal, 1918.
V. ASCOLI. Comunicazione R. Accademia Medica di Roma, 25 maggio 1919.
T. PONTANO. Policlinico, Sezione Medica, Fascicolo 7, 1919.
T. PONTANO. Policlinico, Sezione Pratica, Fascicolo 42, 1920.
S. SILVESTRI. Policlinico, Sezione Pratica, pagina 594, 1921.
A. SANGUINETTI. Policlinico, Sezione Pratica, Fascicoli 49, 1921.
D. BINI. Policlinico, Sezione Medica, 1921.

SUNTI E RASSEGNE.

MICROBIOLOGIA.

Il batteriofago.

D'Herelle nel 1917 mostrò che nelle feci dei convalescenti di dissenteria esiste spesso un principio filtrabile, capace di produrre la lisi di una cultura di bacilli della dissenteria. Egli ritenne questo principio un microbo invisibile e lo designò col nome di *batteriofago*. Bruynoghe nella rivista medica di Bruxelles *Le Scalpel*, nel n. 10 del corrente anno riassume ciò che su questo argomento è stato detto, aggiungendo il contributo delle sue esperienze.

Hankin nel 1896 aveva constatato che l'acqua del Gange esercitava sui bacilli del colera un'azione battericida, che cessava coll'ebollizione. Questo fatto sembra doversi collegare colle osservazioni di D'Herelle. Twort nel 1915 aveva rilevato il fenomeno della lisi microbica trasmissibile, studiando lo sviluppo delle colonie che inquinavano il vaccino. Egli osservò che nello sviluppo dei germi si formavano sui mezzi di cultura delle zone trasparenti in cui non avveniva lo sviluppo dei germi; e trasportando un po' di prodotto di queste zone di dissoluzione su colonie microbiche non alterate, provocava in esse la formazione delle stesse zone di dissoluzione.

D'Herelle emulsionava due o tre goccie di feci liquide di un convalescente di dissenteria con un brodo comune, e dopo 24 ore di stufa filtrava il brodo, ottenendo un liquido sterile. Questo filtrato, che contiene il principio dissolvente, aggiunto, nella proporzione di poche goccie, a una cultura in brodo di bacilli dissenterici, produce una chiarificazione del brodo, una dissoluzione, o lisi, dei bacilli. Il fenomeno può riprodursi con una piccolissima quantità di questa cultura, e così di seguito, quante volte vogliamo. Per questo fatto d'Herelle pensò trattarsi di un agente attivo vivente, che, trovandosi nelle feci dei dissenterici convalescenti, si possa poi moltiplicare nelle culture di bacilli dissenterici, e ritenne questo un microbo invisibile, antagonista del bacillo dissenterico, e lo chiamò, come s'è detto, batteriofago. È stato riscontrato che esercita la sua attività contro il b. Shiga, il b. d'Hiss, il b. di Flexner, il b. tifico e paratifico, il b. coli, il proteus, il b. della peste, lo stafilococco. Non è stato possibile fare la cultura del batteriofago senza bac. dissenterici, per cui si deve considerare un parassita obbligato dei batteri vivi, pei quali esso è patogeno. Il batteriofago è distrutto a 75°; l'alcool, l'etere, l'acetone, il cloroformio non esercitano su di esso alcuna azione.

Kabeshima spiega il fenomeno della lisi trasmissibile dei bacilli dissenterici mediante la presenza di un fermento solubile. Egli ritiene che esistano nei bacilli dei *profermenti*, che sotto l'influenza di un *catalizzatore*, segregato inizialmente dalle ghiandole intestinali, producono la lisi batterica, con liberazione del proprio profermento autolitico, che assume il carattere di catalizzatore per le nuove generazioni batteriche, che scioglie con liberazione del profermento e così via. Egli si basa sui seguenti fatti: la rapidità dell'azione di questo principio, la sua resistenza a temperature elevate e agli atisettici, il conservarsi per anni, la sua precipitazione con acetone, e la possibile estrazione con etere. E propone il nome di *fermento di immunità batteriolitica*.

Salimbeni crede che il batteriofago sia costituito da un mixomiceto che aderisce al batterio, il quale diventa granuloso e subisce la lisi. Secondo Salimbeni le spore del mixomiceto passerebbero attraverso ai filtri, mentre le forme vegetative sarebbero visibili al microscopio.

Bordet e Ciuca (1920) ritengono che il fenomeno della lisi batterica avvenga per mezzo di un fermento autolitico, che sarebbe secreto dai microbi sotto l'influenza, dapprima, di essudati leucocitari, mentre in seguito i microbi stessi acquisterebbero la proprietà di secernere questo fermento autolitico, trasmettendola a tutte le generazioni che provengono dalla moltiplicazione dei germi divenuti resistenti. Bordet e Ciuca ottenevano il principio batteriofago, filtrando l'essudato peritoneale di cavie inoculate nel peritoneo, a diverse riprese, con una cultura di bacilli dissenterici.

Bruynoghe passa oltre la teoria di Salimbeni e si sofferma a discutere le altre. Non ritiene ammissibile la teoria di Kabeshima, apparentemente semplice: infatti resta difficile ammettere che il catalizzatore, necessario perchè il fermento batterico agisca, producendo la lisi del batterio stesso, secreto dapprima da certe ghiandole intestinali, in seguito sia costituito dal fermento batterico medesimo, liberato dalla lisi del batterio.

Contro la spiegazione di Bordet e Ciuca stanno le constatazioni del Bruynoghe stesso che i germi che hanno subito l'azione del batteriofago, senza esserne dissolti, sono divenuti ad esso refattari; onde non si può ammettere che possiedano la proprietà di secernere un fermento autolitico. Il batteriofago può poi per adattamento influenzare germi di specie

diversa, ciò che si spiega male con un fermento. Ed inoltre come comprendere che un fermento possa comunicare la proprietà di fabbricarne a germi sui quali agisce?

Contro la teoria di d'Herelle, che appare, secondo Bruynoghe, la più probabile, è stata posta in campo la straordinaria resistenza del batteriofago alla temperatura e agli antisettici. Ma questo non è un argomento da esagerarsi, chè i *virus* devono giudicarsi assai più resistenti dei microbi. Così il fatto che noi non possiamo mettere in evidenza il batteriofago non infirma, come pei *virus*, la sua esistenza. Questa teoria spiega bene il fenomeno della lisi trasmissibile, nonostante le diluizioni, e spiega ancora sia la specializzazione, o attività specifica, del batteriofago per le specie microbiche, su cui vive in simbiosi, sia l'adattamento di esso per vari microbi. D'Herelle ammette infatti un solo batteriofago.

Utilità del batteriofago. — Può essere utile nella profilassi e nella terapia. Alcuni dei microbi patogeni che contaminavano la terra e l'acqua subiscono l'azione del batteriofago, che è molto diffuso in natura, azione che non è arrestata dalle variazioni di temperatura e dalla mancanza di aria. Ma i microbi suscettibili della influenza del batteriofago, possono divenire resistenti alla sua attività. Dal punto di vista terapeutico il batteriofago è utile quando può influenzare, in seno all'organismo, i germi patogeni. Perchè il batteriofago possa agire e dare resultati pratici è necessario che il mezzo nel quale deve esercitare il suo potere litico non costituisca un ostacolo alla sua attività. Bruynoghe ha successivamente esaminato la sorte del batteriofago somministrato per via digestiva e per via sottocutanea, e l'azione che esercita su di esso il siero normale e il siero di animali vaccinati con ripetute inoculazioni di batteriofago. Quando si somministri per via digestiva, non oltrepassa l'intestino, se questo è in condizioni normali. Il filtrato litico inoculato per via sottocutanea viene assorbito e si generalizza nell'oganismo, sì che si può trovare nel sangue, urine, feci e in alcuni organi. Bordet e Ciuca hanno mostrato che il siero di animali che hanno subito iniezioni del principio litico, mescolato col batteriofago, ne annulla l'azione. Il siero normale è sprovvisto di questo potere neutralizzante. Secondo le esperienze di D'Herelle sul tifo aviario e sulla dissenteria, sia dal punto di vista preventivo che curativo, il batteriofago sarebbe il più importante fattore dell'immunità.

Beckerich a Handuroy hanno avuto qualche caso favorevole nel trattamento della febbre tifoide e delle affezioni paratifiche. Bruynoghe ha eseguito esperienze nel trattamento di varie affezioni stafilococciche (foruncoli, adeniti, osteomieliti, setticemie), ottenendo buoni risultati. Egli fa due iniezioni del batteriofago, una in vicinanza della lesione, l'altra ad una certa distanza, avvertendo che si verificano fenomeni locali reattivi dolorosi. I risultati favorevoli sono stati pure confermati da altri. Bruynoghe ritiene che il batteriofago influenzi le lesioni, operando in esse la lisi dello stafilococco. CESARE ANSALDI.

MEDICINA.

Cirrosi pigmentaria ed emocromatosi.

(I. ROUILLARD. *La Presse Médicale*, 29 aprile 1922).

Alla antica denominazione di cirrosi pigmentaria dei francesi, gli inglesi e gli americani oggi contrappongono il nome di emocromatosi già adoperato da Von Recklinghausen nel 1899, che però sotto questo nome raggruppava degli stati patologici in apparenza molto disparati tra loro, dal diabete bronzino, alle cirrosi con pigmentazione diffusa, a casi di deposito di pigmento nei visceri. La concezione moderna è la seguente: l'emocromatosi è una malattia cronica che colpisce nell'età adulta il sesso maschile e che è caratterizzata da: 1) un deposito abbondante di pigmento ferrugginoso nei visceri; 2) pigmentazione bronzina della pelle specie nelle regioni scoperte, alle ascelle, ai genitali; 3) cirrosi ipertrofica del fegato; 4) modico tumore di milza; 5) sclerosi del pancreas e dei gangli linfatici; 6) iperglicemia più o meno forte, associata o no a glicosuria.

L'ascite è frequente e si accompagna a meteorismo; la diarrea si alterna alla stipsi, frequente un leggero ittero.

Il sangue è normale, o presenta una lieve anemia.

Il malato è apatico come un addisoniano. La evoluzione è rapida e la morte sopraggiunge entro due anni.

L'elemento essenziale e caratteristico quindi di questa malattia abbastanza rara è l'accumulo di pigmento nei visceri e nella pelle, accompagnata da cirrosi ipertrofica. La glicosuria è frequente ma non costante, appare in periodi avanzati della malattia, cessa nella cachessia terminale.

L'etiologia è quasi sconosciuta: l'alcoolismo è un antecedente frequente ma incostante.

All'autopsia si notano le seguenti lesioni: il fegato aumentato di volume pesa circa gram-

mi 2,400, di color ruggine o cioccolata, con superficie irregolare per granulazioni giallastre dovute a tessuto epatico ipertrofico.

Il pancreas è di color ruggine come pure le linfoglandole addominali: lo stesso colorito hanno la milza, il cuore, i polmoni, la tiroide: meno intensamente colorati sono i reni e l'intestino.

L'esame microscopico e chimico ci dicono dove e come si trova il pigmento e i suoi caratteri.

Nel fegato le granulazioni di pigmento si trovano abbondanti e raggruppate in ammassi negli spessi tralci fibrosi degli spazi portali!

Granuli fini ed isolati si trovano nelle cellule epatiche, nelle cellule di Kupfer, nelle pareti dei canalicoli biliari. Le cellule epatiche mostrano caratteri degenerativi, si colorano male e hanno nuclei irregolari e picnotici.

Nel pancreas le cellule acinose e gli isolotti di Langerhans sono carichi di pigmento: ma mentre le cellule glandolari presentano lesioni degenerative, gli isolotti del Langerhans si mostrano or si or no alterati. Il pigmento è abbondante nei macrofagi della milza, nelle cellule miocardiche, nei gangli linfatici, nella zona corticale delle capsule surrenali, nella pelle a livello e nell'interno delle glandole sudoripare. Nel rene la pigmentazione è localizzata a certe zone della corticale cioè, alcuni glomeruli, le cellule della porzione ascendente dell'ansa di Henle e la parte terminale di alcuni tubuli contorti.

Qual'è la natura di questo pigmento? Distinto in *emosiderina* ed *emofucsina* da V. Reckeinghausen e chiamato *rubigina* da Auscher e Lapicque, esso è un idrato di ferro, caratterizzato da due reazioni: quella del bleu di Prussia e quella nera del solfidrato di ammoniaca. L' emosiderina e l'emofucsina non sono la stessa cosa, la prima contiene del ferro libero ed è quella contenuta nelle cellule epatiche ove è soltanto forse depositata, l'emofucsina contiene del ferro intimamente unito a sostanze proteiche, e sarebbe quindi del ferro che l'organismo tenta eliminare per la via linfatica; e mentre l'emosiderina dà con il ferrocianuro di potassio e l'acido cloridrico una bella colorazione bleu, l'emofucsina si colora in bruno. La pigmentazione è l'elemento essenziale dell'emocromatosi: quali ne sono le cause?

La distribuzione e il metabolismo normale del ferro nell'organismo si conoscono molto poco.

Si sa che il corpo ne contiene circa 5 gr. di cui la metà è nell'emoglobina. Gli alimenti ne portano ogni giorno da 10 a 20 mmgr. e una quantità quasi equivalente è giornalmente eliminata con le feci e le urine. Ora in casi di emocromatosi il contenuto in ferro del sangue non sembra alterato, mentre, ad es., il solo fegato può contenerne più di gr. 30, cioè 100 volte più del normale. Orbene alcuni hanno pensato che quest'accumulo di ferro nei visceri sia dovuto a una diminuzione dell'eliminazione, per una incapacità eliminativa del rene e dell'intestino.

Ma anche supposto che tutto il ferro ingerito sia ritenuto e depositato nel fegato, occorrono più di 1000 giorni, perchè in quest'organo si depositino 30 gr. Altri hanno pensato che l'eliminazione del ferro sia diminuita per un disturbo organico generale. Il ferro è un costituente dei nucleo-proteidi e quindi una causa sconosciuta potrebbe ledere le cellule, e in particolare quelle del fegato sì da alterare il metabolismo del ferro che invece di essere eliminato si accumulerebbe nei visceri.

Infine si può anche ammettere che un aumento nella distruzione dei globuli rossi metta in libertà il pigmento emoglobinico nell'organismo. Ma nell'emocromatosi non v'è anemia intensa; e la resistenza globulare è normale o di poco modificata. D'altra parte nell'anemia perniciosa non si osserva mai accumulo di pigmento generalizzato nei visceri. Si è così portati ad ammettere, per poter dare una spiefazione del fenomeno, che molto probabilmente una notevole quantità di globuli rossi venga distrutta nell'organismo e che contemporaneamente i tessuti mostrino un'avidità anormale per il ferro.

Non meno oscure sono le relazioni esistenti tra cirrosi e pigmentazione: e anche qui varie ipotesi sono in campo. O l'accumulo del pigmento è primitivo e provoca la proliferazione del tessuto connettivo, — o la cirrosi è primitiva e determina un'alterazione delle cellule che si lasciano facilmente invadere dal pigmento o infine una lesione iniziale delle cellule epatiche le predispone ad un tempo alla ritenzione del ferro e alla cirrosi.

E nessuno può negare lo stretto rapporto che deve intercedere tra pigmentazione e cirrosi, quando si vede che solo là dove il pigmento è estracellulare, fegato e pancreas v'è iperplasia del tessuto connettivo, mentre fatti di sclerosi non si osservano negli organi ove il pigmento è intracellulare. Infine tutti ammettono che la glicosuria è in rapporto alla sclerosi del pancreas che sempre si associa in grado più o meno intenso alla cirrosi epatica. Con le ricerche sperimentali si è tentato di recare quache luce nella discussione. Le iniezioni di sangue o di

sali solubili di ferro nel peritoneo e sottocute determinano deposito di pigmento ferrico nel fegato. Peyton, Raus, Oliver dell'Istituto Rockefeller hanno giornalmente per dei mesi fatto in conigli iniezioni di cc. 10-15 di sangue totale citratato di conigli normali. Orbene, gli animali rimangono in ottime condizioni, ingrassano, non hanno nè glicosuria, nè ittero, giammai muoiono per le lesioni che si determinano progressivamente. Uccisi dopo 4-6 mesi presentano: pigmentazione di tutti gli organi, che contengono due pigmenti e precisamente emosiderina ed emofucsina. Il fegato è grosso con cirrosi diffusa e poco accentuata: i granuli di pigmento occupano la periferia delle cellule epatiche, le pareti dei capillari, le cellule di Kupfer. La milza contiene forti ammassi di emosiderina: v'è atrofia dei corpuscoli di Malpighi.

Il pancreas non è sclerosato, gli isolotti di Langerhans normali. Il rene presenta siderosi diffusa, come anche i gangli linfatici, il midollo osseo, le cellule cardiache.

Il pigmento manca nell'epidermide, ma si accumula nel corion. L'emocromatosi umana e questa malattia sperimentale del coniglio. hanno dunque un punto in comune, la pigmentazione generalizzata dei visceri, ma manca la sclerosi del pancreas e la cirrosi epatica.

Ora nel coniglio una sola causa può essere invocata, l'enorme distruzione di globuli rossi; mà nell'uomo dove questa emolisi anormale non ha luogo bisogna fare intervenire un altro fattore, la cirrosi. Peyton, Rous e Oliver pensano che l'emocromatosi si realizzi così. Una cirrosi del fegato di origine indeterminata, porta un disturbo della funzione epatica: il fegato diviene incapace di trasformare completamente il ferro proveniente dalla distruzione normale delle emazie: questo ferro si accumula nell'organismo e quindi la pigmentazione, coll'andare del tempo il deposito del pigmento altera gravemente le cellule del fegato e del pancreas e determina una iperplasia secondaria di tessuto connettivo il quale a sua volta lede il parenchima e favorisce l'accumulo del pigmento. Si stabilisce così un vero circolo vizioso che porta rapidamente a morte.

Tutti gli autori considerano come fatti fondamentali nelle sindromi di cirrosi pigmentaria, l'alterazione del fegato e la pigmentazione, mentre la glicosuria è solo un fatto contingente. L'emolisi interviene nel meccanismo della pigmentazione, ma non è sufficiente a spiegarla. La cirrosi non crea forse per sè la pigmentazione, ma certamente la favorisce.

A fondamento di questo stato patologico v'è sicuramente un disturbo grave nel metabolismo del ferro.

O le cellule del fegato e dell'organismo divengono anormalmente avide di ferro, ovvero, per cause indeterminate il ferro si presenta sotto una forma atipica e non può essere eliminato dai tessuti.

T. DE SANCTIS MONALDI.

CHIRURGIA.

Su un nuovo processo d'astragalectomia.

(DESTOT. *Revue de Chir.*, n. 2, 1922).

Tentativi di guerra hanno dato all'A. occasione in due casi di estirpare l'astragalo in maniera così semplice, che crede utile raccomandarne il metodo.

L'astragalectomia del suo maestro Ollier crede bene riservarla per quei casi in cui si ha frattura dell'astragalo e dove l'operazione si riduce a una eliminazione di frammenti e scucchiaimento.

Invece il processo dell'A. riesce utile nelle fratture dei malleoli con lesione del mortaio tibiale.

L'A. ha applicato questo metodo in un caso di frattura marginale posteriore antica della tibia, e in un caso di frattura da f. a. f. del malleolo esterno e della volta con flogosi articolare.

In quest'ultimo caso l'A. ha proceduto nel seguente modo:

1° *Tempo* — Incisione fino all'asso a baionetta: verticale di 6 cm. lungo il margine postero-interno della tibia, quindi alla base del malleolo interno flette in avanti fino all'unione del margine anteriore di questo con la volta tibiale e infine da quì scende in basso sul dorso del piede fino al di sopra del tubercolo dello scafoide.

Distacco dell'aponevrosi e muscoli posteriori della gamba.

2. *Tempo*. — Osteotomia abliqua del malleolo interno alla base.

3° *Tempo*. — Distacco della capsula articolare e dei legamenti che si inseriscono al collo dell'astragalo.

4° *Tempo*. — Lussazioni in fuori totale del piede. Essa è molto facile nel caso per la frattura del malleolo esterno. Se questa non preesiste non bisogna praticarla benchè la lussazione del piede riesca alquanto più difficile.

5° *Tempo*. — Ablazione dell'astragalo mediante disinserzione con stacca periostio del legamento interno a cui è appeso il malleolo osteotomizzato, e del legamento posteriore, e

recisione del legamento interosseo a mezzo d'una lama passata tra calcagno e astragalo a livello del sopratentacolo. L'osso così liberato viene afferrato con una Farabeuf ed estirpato per rotazione.

6° *Tempo.* — Riposizione del piede e sutura del malleolo interno alla sua base mediante tre punti periostali.

Riavvicinamento infine della cute mediante 3 punti, e piccola asola avanti il malleolo esterno per drenare da parte a parte il cavo tibio tarsico.

L'A. rileva la facilità di questo processo, che può essere applicato in tutti i casi di frattura del mortaio tibiale, e che dà la facoltà di operare sotto il controllo della vista.

Il processo Ollier laborioso ed inelegante può essere riservato alla tubercolosi dell'astragalo.

L'astragalectomia dà un buon piede per la deambulazione e grandemente valido. Essa costituisce il processo di scelta in caso di suppurazione tibio-tarsica permettendo ampio drenaggio dell'articolazione.

Dal punto di vista tecnico, nel caso riportato, la frattura del malleolo esterno ha facilitato la lussazione del piede, ma se esso è sano conviene rispettarlo a meno che non preesista un consolidamento vizioso di esso.

A malleolo esterno integro la lussazione del piede è più difficile ma è sempre possibile.

La lussazione esterna del piede è la più naturale come dimostra la sua produzione spontanea in tutti i casi di frattura malleolare.

L'A. raccomanda questo intervento, casualmente usato, per la comodità di drenaggio dell'articolazione tibiotarsica e perchè riduce al minimo le difficoltà della laboriosa e delicata astragalectomia all'Ollier. GUSSIO.

DERMATOLOGIA.

Sulla distribuzione radicolare dei nèi e della vitiligine.

(MAURICE KLIPPEL e MATHIEU-PIERRE WEIL. *Presse médicale*, 6 maggio 1922).

Studiando le due affezioni dal punto di vista delle loro varietà patologiche, cliniche e topografiche, gli autori rilevano dapprima la stretta parentela tra esse esistente. Nei e vitiligine, sebbene entrambi caratterizzati da manifestazioni cutanee, sono tuttavia da considerarsi meno come un'alterazione primitiva dei tegumenti che come un vero e proprio disturbo trofico legato a lesioni del sistema nervoso. D'altronde, quantunque per lo più distinte, le due manifestazioni sono così affini l'una all'altra, da poter alle volte coesistere e perfino sovrapporsi sullo stesso individuo, costituendo il cosiddetto *neo-vitiligine.*

Secondo gli autori importa distinguere due grandi varietà di nei: *nei legati a un'alterazione vascolare e nei legati a un'alterazione nervosa.* Sia gli uni che gli altri differiscono tra loro in varia guisa; per l'origine, per la patogenesi, la data di apparizione e le affinità morbose. Non è a credersi però che tale classificazione, basata essenzialmente sulla patogenesi, sia esattamente sovrapponibile a quella basata sull'aspetto descrittivo della lesione cutanea, giacchè possono benissimo esistere nei pigmentati di origine vascolare e, rispettivamente, nei vascolari d'origine nervosa.

I nei di origine vascolare sono dovuti a una lesione delle pareti vasali, a una vascolarite, mentre i nei d'origine nervosa sono legati a un'alterazione primitiva del nevrasse. Gli uni e gli altri sogliono svilupparsi in tempi diversi della vita endouterina: generalmente, cioè, in epoca più precoce quelli di origine vascolare, in rapporto con la comparsa dei primi bottoni vascolari; in epoca più tardiva quelli di origine nervosa, in relazione con lo stabilirsi dei primi rapporti trofici tra il sistema nervoso e il tegumento esterno. Inoltre i nei vascolari, legati a cause periferiche, si localizzano sotto l'influenza di fattori d'interesse secondario (compressione, punti di coalescenza di isolotti cutanei, ecc.): al contrario i nei di origine nervosa sono legati a cause di origine centrale e la loro topografia è nettamente sistematizzata, sia che essi occupino il decorso di tronchi nervosi superficiali o profondi, sia che essi abbiano, come con maggiore frequenza si verifica, una localizzazione radicolare o metamerica.

In modo analogo ai nei, la vitiligine può essere legata a *speciali condizioni locali* o a *cause nervose.*

Nel primo caso abbiamo le vitiligini secondarie a sfregamenti ripetuti, a lesioni traumatiche banali, e le vitiligini susseguenti a sifilodermi terziari, nei quali ultimi la chiazza discromica acquista valore di cicatrice.

Nel secondo caso, di gran lunga più frequente, la manifestazione cutanea è stata fra l'altro osservata in associazione a pachi-meningiti e alla tabe nelle sue varie forme. Essa può accompagnarsi a disturbi della sensibilità e della riflettività ed associarsi spesso con alterazioni del l. c .r. (iperalbuminosi, linfocitosi, iperglicorachia). La vitiligine da causa nervosa può poi essere legata a lesione di un nervo (vitiligine leprosa, vitiligine nel corso di poli-

neuriti), o del midollo (vitiligine secondaria a tumori della nevroglia, coesistenza di vitiligine e siringomielia), o delle radici spinali. La vitiligine simmetrica, così frequente ad osservarsi, deve certamente riconnettersi con una lesione nervosa localizzata presumibilmente nel midollo stesso, a livello delle fibre intercommissurali posteriori.

M. AGOSTINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Etiologia e patologia del tifo petecchiale.

È uscito, a cura della Lega della Società della Croce Rossa Americana, coi tipi dell'Università di Harvard (Cambridge), una pubblicazione sulla etiologia e patologia del tifo petecchiale, di S. Burt Wolbach, John L. Todd e Francis W. Palfrey. Elegante volume di 222 pagine, ricco di 89 incisioni.

Gli autori riferiscono sostanzialmente risultati concordi a quelli ottenuti separatamente da vari altri ricercatori. Dopo essersi assicurati della sterilità di un lotto di pidocchi rispetto alla rickettsia prowazeki, hanno fatto succhiare il sangue di ammalati e hanno potuto dimostrare regolarmente la presenza del microrganismo nelle pareti dello stomaco del pidocchio.

Gli esperimenti, documentati con numerose tavole, tenderebbero a concludere che il *virus* del tifo è contenuto nella rickettsia; e che il pidocchio, pungendo un capillare cutaneo nel cui endotelio questo germe sia localizzato, diviene infettante. Le lesioni anatomiche sono localizzate nelle pareti dei piccoli vasi sanguigni della pelle, del sistema nervoso centrale e dei muscoli; in minor grado nella compagine dei visceri. Gli autori hanno dimostrato la presenza della rickettsia quasi esclusivamente negli endoteli vasali della pelle, dei reni, del cervello, dei testicoli.

La degenerazione delle pareti vasali, la trombosi, la reazione proliferativa nell'endotelio e nella neurolia, che dà luogo ai caratteristici noduli microscopici del sistema nervoso, sarebbe dovuta alla presenza della rickettsia.

Nell'uomo la diffusione dei noduli di neuroglia sarebbe la causa della morte; nella cavia si riscontrano le stesse lesioni. Gli autori hanno dimostrato la presenza della stessa specie di rickettsia nell'uomo e nella cavia, e nelle pareti gastriche del pidocchio.

Il nome di rickettsia è stato dato nel 1916 dal Rocha-Lima a un microrganismo descritto dal Rickett nel 1910, che lo avea riscontrato negli strisci (colorati Giemsa) del sangue prelevato nell'11°-12° giorno di malattia e lo aveva definito come un breve bacillo, morfologicamente simile a quello della setticemia emorragica e capace di assumere delle forme degenerative costituite da due granuli polari riuniti da una breve linea di color bluastro. Oltre che nel sangue lo trovò nelle feci e nel contenuto intestinale dei pidocchi infetti (?).

Questi reperti batteriologici furono almeno in parte, ma con molta incertezza, confermati da Gavino e Gerard Hegler e v. Prowazek, Sergent, Foley e Vialette. Ma il primo lavoro che assegna alla rickettsia la parte etiologica essenziale nel tifo petecchiale, è quello di da Rocha-Lima, che la descrisse più esattamente e trovò che questi cocchi-bacilli si moltiplicano nelle cellule epiteliali dello stomaco del pidocchio, nelle quali producono alterazioni col loro accrescimento fino alla distensione e alla rottura; che hanno differenze biologiche rispetto ai comuni batteri.

Questi risultati furono confermati da Nöller, Otto, Dietrich, Töpfer e Schüssler, che trovarono un microrganismo analogo nella febbre volinica e nella febbre di trincea (anche Arkwright, Bacot, Duncan, Byam, e Lloyd).

I caratteri dei vari microrganismi descritti sotto il nome di rickettsia sono: Batterî piccolissimi, a coppie. Pare diano anche forme bacillari o filamentose. È difficile che si colori con le comuni sostanze coloranti dei batterî; si dimostra bene col Giemsa od altre modificazioni del Romanowsky. Non pare dotato di motilità; si è potuto coltivare solo la rickettsia del pidocchio della pecora.

Il virus dei tifosi e degli ammalati della febbre delle Montagne Rocciose sono sensibilissimi agli agenti chimici e fisici. Mentre il virus della febbre da trincea resiste a 80° calore secco per 20 minuti e al disseccamento per molti mesi. Sono tutti ospiti di insetti e patogeni per i mammiferi. Colle uova del pidocchio può passare attraverso varie generazioni.

La classificazione di questi vari tipi non è facile; pare che la rickettsia del tifo abbia tuttavia particolarità che la distinguono dalle altre. Cioè dalla rickettsia melophaga del pidocchio della pecora, non patogena; dalla rickettsia volinica della febbre volinica, simile alla precedente; dalla rickettsia lectularesi otenocefali Rocha-Lima non patogene; dal dermacentraxenus, rickettsia della febbre delle Montagne Rocciose.

GHIRON.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 16 luglio 1922.

Presidenza: Prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente

La cura moderna delle fratture.

SORRENTINO prof. FRANCESCO. — La cura delle fratture consiste nel ristabilire la forma e fare ritornare la primitiva funzione per la quale occorre che la leva ossea riacquisti la sua lunghezza e direzione. I Chirurghi che si sono preoccupati solo della forma, hanno immobilizzato l'osso fratturato; quelli che si sono preoccupati della funzione, sono ricorsi precocemente ai movimenti ed al massaggio; infine altri hanno consigliato la cura ambulatoria. Precedentemente si è ricorsi pure alla cura cruenta. Ora tutti questi metodi curativi devono essere scelti dal chirurgo a seconda dei casi.

Così nella prima età, prendendo ad es. il femore che presenta le maggiori difficoltà per la cura, bisogna ridurre immediatamente la frattura se vi è spostamento ed applicare un apparecchio immobilizzante e contemporaneamente ricorrere alla radioscopia. Assicuratici della buona posizione dei frammenti, si mantiene in sito l'apparecchio per 10-12 giorni, indi si rimuova e sempre con l'ausilio della radioscopia si lascia l'apparecchio fino al 25º giorno, sicuri che nei giovani dai 10 ai 12 anni, il callo osseo sarà valido: si completa la cura col massaggio e con i movimenti dell'articolazione. Quando la riduzione manuale non riesce, si farà uso della cloro-narcosi. Il massaggio deve essere una cura complementare della frattura, ed è utile nelle fratture incomplete ed in quelle nelle quali i frammenti sono compenetrati fra loro. La cura ambulatoria non è consigliabile in un primo tempo: essa può essere consigliabile, quando l'ossificazione è alquanto avanzata. La cura cruenta bisogna riserbarla ai casi, ove molti giorni di cure assidue e personali hanno convinto il chirurgo che una consolidazione in buona forma non può ottenersi con altri mezzi. L'intervento attivo nelle fratture diafisarie chiuse è indicato:

1º Quando vi è irriducibilità per l'interposizione di fibre muscolari o di tessuto fibroso.

2º Per l'esistenza di un frammento intermediario disorientato.

3º Nel caso di lesioni vasali o nervose.

4º Per la sporgenza di un frammento, che minacci l'ulcerazione della cute.

5º Nelle fratture in vicinanza delle articolazioni ove è impossibile la riduzione.

Il Chirurgo nella cura delle fratture non deve essere assolutista, ma opportunista. Prima di intervenire con un atto operativo deve sperimentare tutti i mezzi incruenti, e quando questi sono falliti, allora ricorrere alla cura cruenta.

Sulla tossicità dell'emocianina.

QUAGLIARIELLO prof. GAETANO. — Il sangue dei molluschi cefalopodi (*Octopus vulgaris* e *macropus*) è straordinariamente tossico per le cavie ed i cani. Un decimo di cc. iniettato nelle vene è capace di uccidere in 5' una cavia di 400-500 gr. Un cc. produce effetti tossici cospicui in un cane del peso di 7-8 Kg. Il quadro della intossicazione è rappresentato da un brevissimo periodo di agitazione con nausee e vomiti cui segue un periodo di narcosi che dura più a lungo. La pressione arteriosa pochi secondi dopo l'iniezione cade a bassi valori e rimane bassa per molto tempo. In un esperimento, dopo 90 minuti, non aveva ancora raggiunto il valore iniziale. Altro effetto costante è la incoagulabilità del sangue. Lasciato a sè o centrifugato lascia separare un plasma citrino senza tracce d'emoglobina. Non vi è quindi traccia di emolisi.

La tossicità del sangue dei molluschi cefalopodi è dovuta all'emocianina in esso disciolta. Difatti l'emocianina precipitata con la dialisi del sangue e ridisciolta in soluzione fisiologica lievemente alcalinizzata con $Na^2 CO^3$, si comporta, almeno qualitativamente nello stesso modo del sangue in toto. D'altra parte l'iniezione endovenosa delle sostanze che dializzano dal sangue (opportunamente concentrata) non produce sul cane alcun effetto. Anche l'emocianina cristallizzata si comporta come il sangue in toto.

Sui nuovi metodi diagnostici della tubercolosi mediante la ricerca degli antigeni.

NASSO dott. IVO. — L'O espone che recentemente Wildbolz ha cercato di mettere in evidenza l'antigene tubercolare stesso (prodotti di ricambio e di scomposizione dei bacilli tubercolari) concentrando al decimo l'urina dell'individuo in esame e praticando nello stesso l'intradermoreazione di questa urina concentrata (omouroreazione). Una infiltrazione della cute circostante al punto della iniezione è indice di un focolaio tubercolare in atto che elimina queste sostanze del tutto simili alla tubercolina. Espone brevemente la tecnica da lui modificata e riferisce i risultati ottenuti su bambini affetti da svariate forme di tubercolosi attiva e non attiva. Ad eccezione dei neonati, nei quali la reazione non è specifica, negli altri bambini essa ha grande valore diagnostico.

Riferisce inoltre ricerche analoghe praticate con il siero di sangue concentrato al decimo (omosieroreazione) su 30 bambini ed i risultati coincisero con quelli ottenuti con la omouroreazione. Egli propone inoltre una reazione con liquido cefalo-rachidiano concentrato al decimo (omoliquorreazione) praticandola su 15 bambini ed afferma che una omoliquorreazione positiva è patognomonica per la meningite tubercolare e la tubercolosi miliare. Nelle altre forme anche attive di tubercolosi, la reazione riesce negativa probabilmente per la troppo scarsa quantità di antigene nel liquido cefalo-rachidiano. Questo comportamento accresce il valore diagnostico della prova.

L'O. conclude affermando la grande importanza della omouro e della omosieroreazione per la diagnosi e anche per la prognosi di una tubercolosi in atto e dell'omoliquorreazione nelle forme di meningite tubercolare e di tubercolosi miliare.

Queste reazioni hanno inoltre il grande vantaggio di poter dimostrare la presenza di antigeni tubercolari in individui anergici, iniettando la loro urina in altri allergici. A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta straordinaria del 5 maggio.

Presidenza: Dott. V. RONCHETTI, vicepresidente.

Il torcicollo e la sua cura (conferenza).

A. BASSETTA. — L'O. ha studiato nella Clinica Ortopedica di Milano 145 casi di torcicollo, dei quali 128 appartengono al tipo congenito, e 17 soltanto alla forma acquisita. Rilevata l'importanza di questo contributo clinico, che per numero di casi tiene il secondo posto fra le statistiche pubblicate, l'O. mette in evidenza come non sia sempre agevole riconoscere con sicurezza la forma di torcicollo congenito da quella acquisita, e come perciò si classifichino tuttora nel gruppo del torcicollo congenito alcune forme assai dubbie. Precisato il significato della separazione tra forme congenite e forme acquisite, e distinte le forme congenite strettamente intese, dalle forme così dette ostetriche, l'O. scompone i 128 casi di torcicollo congenito osservati a seconda del sesso, del lato della lesione, e della modalità anatomo-patologica della deviazione, e rileva che il tipo più frequente di torcicollo è quello femminile, sternale, destro, mentre nei maschi prevale il lato sinistro, con eguale rapporto tra la forma sternale e la forma totale. In 52 casi la nascita è stata sicuramente anormale, o per distocia fetale, o per complicazioni varie all'atto del parto; ed in questi casi è risultato prevalente ancora il sesso femminile e con una sensibile uguaglianza numerica tra le forme sternali, clavicolari e totali; in tutti gli altri casi a nascita normale o dubbia, si è rilevato ancora un forte predominio della forma sternale.

Nel torcicollo acquisito l'O. ha rilevato la grande sproporzione, e spesso la contraddizione fra il tipo della deviazione e lo stato di contrattura dei muscoli che dovrebbero determinarla, tanto che assai spesso l'attitudine viziata del capo non è provocata da nessuna contrattura o retrazione muscolare e talora anzi la contrattura si rende evidente sul lato opposto (contrattura paradossa).

Quanto alla cura, lasciata da parte la forma acquisita, le cui indicazioni terapeutiche sono determinate caso per caso dalla relativa eziologia, nel torcicollo congenito si è riserbata la correzione incruenta, graduale, modellante, con fasciature ovattate progressive alle forme leggere od iniziali che vengono in cura nel primo anno di vita.

Abbandonate la mioressi manuale di Lorenz e l'operazione di Mikulicz, antiestetica ed inutilmente mutilante, senza che possa garantire dalla recidiva, si è costantemente intervenuto sezionando lo sterno cleido mastoideo o a cielo aperto alle sue inserzioni inferiori, o sottocutaneamente, tanto nelle sue inserzioni inferiori, quanto nelle inserzioni mastoidee. L'intervento è sempre stato seguito dalla applicazione di trazione a pesi al capo per alcuni giorni e dalla consecutiva fissazione del capo in ipercorrezione con apparecchi gessati. I risultati sono stati sempre ottimi, non soltanto cogli interventi a cielo aperto, ma anche colla tenotomia sottocutanea dei tre capi del muscolo, che, in casi opportunamente scelti, assicura la più larga ipercorrezione dell'attitudine viziata del capo, senza traccia apprezzabile di cicatrice.

Seduta ordinaria del 26 maggio.

(Presidenza: Prof. BALDO ROSSI, presidente).

Sulla siero-diagnosi dei vari tipi di pneumococco.

F. CATTORETTI. — Comunica alcuni risultati ottenuti con la siero-diagnosi dei vari tipi di pneumococco. L'isolamento del germe anzichè dallo sputo fu fatto direttamente dal polmone per puntura del medesimo e semina in terreno di Hiss. Questa pratica semplifica l'esecuzione della siero-diagnosi eliminando l'impiego del topolino o la semina dello sputo ed i successivi trapianti; impiegando la brodo-cultura stessa per la siero-diagnosi, si può ottenere il responso in meno di 24 ore. I risultati sono stati positivi in tre quarti dei casi esaminati, individualizzando con varia percentuale ciascuno dei quattro tipi fondamentali di pneumococco.

L'O. si riserva di tornare sull'argomento avendo iniziato ricerche di controllo con sieri precipitanti.

Contributo allo studio anatomo-patologico della sclerosi a placche disseminate.

E. MEDEA. — L'O. dimostra con numerosi preparati i risultati dello studio anatomico di quattro casi di sclerosi a placche, venuti a morte nel Comparto Neuropatologico dell'Ospedale Maggiore di Milano.

In tutti i casi, ma specialmente in un caso puro (venuto a morte per suicidio), l'O. ha trovato, oltre ad una rilevante disseminazione di placche, una infiltrazione parvicellulare perivascolare abbondante in molte delle placche esaminate; oltre ai soliti reperti relativi alla nevroglia e alle guaine mieliniche, l'O. trovò alterazioni più o meno gravi dell'elemento cilindrassile.

L'O. conclude sulla scorta dei suoi casi, basandosi specialmente sul caso puro, che nella sclerosi multipla esiste un elemento infiammatorio che forse potrà in avvenire lumeggiare meglio la patogenesi di questa interessante forma morbosa.

Tra i casi venuti all'autopsia, l'O. ne fa rilevare uno particolarmente interessante per l'età (77 anni) e nel quale, appunto per questa ragione, la diagnosi clinica era stata di mielomalacia.

Il solfato di chinidina nell'aritmia completa.

C. PEZZI. — L'O. ricorda le sue ricerche sperimentali in collaborazione con il prof. Clerc sull'azione cardio-vascolare del chinino il quale, tra le altre proprietà, possiede quella di combattere la fibrillazione auricolare. In pratica però la chinidina si è mostrata più efficace nella cura dell'aritmia completa, che come si sa è dovuta alla

fibrillazione delle orecchiette. L'O. riporta cinque casi di aritmia completa, di cui due studiati mediante l'elettrocardiografia, nei quali il solfato di chinidina puro Nativelle ha soppresso le fibrillazioni e ristabilito il ritmo normale. Non essendo possibile prevedere quali saranno i casi che reagiranno favorevolmente all'alcaloide, è indicato di ricorrere sempre in modo sistematico alla chinidina in tutti i casi di aritmia completa. Se la guarigione è a volte effimera, a volte invece si mantiene per mesi e per più di un anno.

L'O. si domanda se nei casi in cui la chinidina fallisce, l'insuccesso, più che alle condizioni morbose che determinano la fibrillazione, non sia da imputarsi spesso alla stessa chinidina, a seconda che prevale l'azione favorevole sul periodo refrattario oppure quella nociva sul potere di conduzione. Forse l'associazione della chinidina con un farmaco che aumenti il potere di conducibilità del muscolo cardiaco, neutralizzando quindi l'azione opposta chinidinica, potrebbe assicurare un maggior numero di risultati favorevoli.

Sul priapismo essenziale.

L. CATTANEO. — L'O. parla di un caso assai raro di priapismo idiopatico nel quale si poteva escludere l'origine traumatica, infettiva e leucemica. Come momento patogenetico l'O. ritiene che durante il coito possa essersi formata una piccola emorragia, che per la sua ubicazione avrebbe stimolato per via riflessa i centri dell'erezione. Questa a lungo mantenuta avrebbe determinate alterazioni anatomiche nella trama dei corpi cavernosi, alterazioni che a loro volta portarono l'inturgidimento, lasciando di poi i corpi cavernosi stessi impiccioliti, duri, anelastici, privi della loro funzione, rendendo l'erezione incompleta e solo a carico del glande e del corpo spugnoso.

La terapia seguita fu quella sedativa; l'ammalato ebbe vantaggio dalla sottrazione di sangue al perineo.

C. VALLARDI.

Società Medica Chirurgica di Pavia.

Seduta del 9 giugno 1922.

Ricerche sperimentali sulla eziologia della encefalite epidemica.

(Nota preventiva).

E. VERATTI e G. SALA. — Gli OO. rilevano che nei casi dai quali derivano i due virus usati da Levaditi e dai suoi collaboratori nella maggior parte della lunga serie di esperienze, colle quali essi ritengono di avere ormai risolto il problema eziologico della encefalite epidemica, la diagnosi di encefalite non ha sufficiente fondamento nè nei dati clinici, nè nel reperto anatomo-patologico ed istologico e quindi che il dato della provenienza non può essere invocato come argomento per affermare l'esistenza di un qualsiasi rapporto fra i fenomeni provocati da quei virus negli animali e l'encefalite epidemica dell'uomo.

Passano poi a descrivere brevemente undici casi di encefalite epidemica da essi osservati nella epidemia dello scorso inverno nella città e provincia di Pavia e riferiscono le loro esperienze sugli effetti dell'inoculazione nel coniglio sia per via corneale sia per via sottodurale con diverse modalità della saliva e di altri secreti prelevati da detti ammalati. I risultati di queste esperienze furono costantemente negativi, salvo in due conigli nei quali l'inoculazione di saliva nel sacco congiuntivale con scarificazione della cornea produsse una cheratocongiuntivite purulenta; anche in questi due casi però, mediante la filtrazione in uno e colla riproduzione della forma con colture ottenute sui mezzi comuni nell'altro, si è potuto chiaramente dimostrare che la cheratocongiuntivite dipendeva da accidentale inquinamento batterico e non da un virus filtrabile.

Gli OO. estesero le loro ricerche anche alla saliva degli individui esenti da encefalite, sani od affetti da altre svariate forme morbose, nei quali, secondo Levaditi si trova nella saliva un virus filtrabile capace di produrre la cheratocongiuntivite nel coniglio nell'ottanta per cento dei casi, e praticarono l'inoculazione di saliva mista e di saliva filtrata alla candela ottenendo su 22 casi risultati costantemente negativi colla saliva filtrata e lieve cheratocongiuntivite della durata di pochi giorni in due soli casi, nessuna manifestazione a carico del sistema nervoso.

Gli OO. pertanto concludono che la presenza di un virus filtrabile nella saliva capace di produrre la cheratocongiuntivite nel coniglio non risulta dalle loro esperienze confermata e che a maggior ragione quindi si può affermare che manca fino ad ora la prova che tale eventuale virus abbia rapporto coll'encefalite epidemica dell'uomo.

A. GASBARRINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul valore del riflesso spleno-midollare di Abrams.

Il dott. Orsi sul *Giornale di Clinica Medica* del 20 luglio pubblica 32 casi di individui affetti da svariate forme morbose, nei quali egli praticò il riflesso spleno-midollare di Abrams. Questo A. infatti nel 1919 pubblicò che percuotendo con un martelletto su un plessimetro appoggiato all'apofisi spinosa della seconda vertebra lombare si otterrebbe una riduzione della milza rilevabile alla percussione ed alla palpazione e conseguentemente si avrebbe un aumento del numero dei globuli bianchi in circolo (2,800 in più per mm^3).

Scalas controllò questi esperimenti su 19 casi, con risultati del tutto negativi.

Orsi nei suoi 32 casi non notò mai diminuzione di volume dell'organo; circa l'aumento del numero dei globuli bianchi, in nove casi trovò invece una diminuzione, nei ventitre casi restanti trovò un reale aumento. L'A. fatte alcune considerazioni sulle possibilità di errore che si hanno nelle conte dei globuli anche se scrupolosamente eseguite ritiene debbano considerarsi positivi per il riflesso di Abrams solo 9 casi. Bisogna quindi ammettere l'esistenza di questo riflesso spleno-midollare le cui cause per ora rimangono ancora assai oscure. G. H.

CASISTICA E TERAPIA.

La prognosi della litiasi biliare.

A. PROGNOSI DEI SINTOMI:

1° *L'ittero.* La comparsa dell'ittero successivamente alla crisi è spiegata da un leggero grado di infezione biliare; esso dura da uno ad otto giorni; se si prolunga, bisogna pensare ad ittero cronico da calcolo del coledoco.

2° *La febbre.* Indica semplicemente l'infezione biliare: è probabile la guarigione se una temperatura di 38°-38°.5 non dura oltre 15 giorni: al di là bisogna temere la suppurazione della vescicola; l'esame del sangue informerà se esiste una leucocitosi rivelatrice della formazione di pus. I grandi accessi febbrili a 39°-40°.5 sono molto gravi (angiocolite suppurativa), ma non significano senz'altro calcoli del coledoco.

Non bisogna poi contare sull'esito favorevole: passato l'accesso febbrile, consegnare l'ammalato al chirurgo.

3° *Il dolore.* Può essere grave per la sua ripetizione: talvolta talmente intenso da provocare la morte per esaurimento nervoso. Negli ammalati indeboliti occorre essere assai prudenti con la morfina, che, anche a dosi di un cg., ha determinato la morte.

4° *Il dimagrimento.* Più marcato nella litiasi del coledoco proviene da diverse cause, dolore, febbre ed anche la coesistenza di una pancreatite litiasica a tendenze sclerose. Se molto rapido non deve essere trascurato.

5° *L'idropisia della vescicola* che si avverte come una soprgenza rotondeggiante al di sotto del margine epatico: può scomparire spontaneamente in 15-20 giorni; se vi si associa la febbre si deve temere la suppurazione.

B. PROGNOSI DALLE COMPLICAZIONI:

1° *Colecistite suppurata.* Raramente si risolve, più spesso si produce una specie di impastamento diffuso, che può estendersi alla fossa iliaca, o si ha una perforazione con peritonite acutissima, che talvolta rimane localizzatata. L'intervento del chirurgo è indispensabile.

2° *Le fistole biliari.* Complicazione delle colecistiti suppurate o delle angiocoliti sono cutanee o mucose: se vi è occlusione del cistico, del coledoco è necessario il chirurgo, altrimenti possono guarire col semplice trattamento medico istituendo il regime dei piccoli pasti. Abbastanza frequenti sono le fistole interne, nello stomaco, duodeno, colon, dalle quali talora l'ammalato guarisce.

3° *Ileo biliare.* I sintomi di occlusione provocati dal calcolo di solito si vanno attenuando; si può avere una forma cronica con alternative di ostruzione e di disostruzione. La belladonna od i clisteri elettrici possono giovare. Se si mostrano minacce peritonitiche o lo stato tossiemico si aggrava, intervento chirurgico verso il quarto giorno.

C. PROGNOSI SECONDO LA CURA:

Riposo in letto con vescica di ghiaccio fino a che la temperatura oltrepassa 37°½. La crisi specialmente negli individui con ptosi epatica è risvegliata dalle scosse; vanno evitate le fatiche.

Il regime alimentare durante la crisi sarà limitato al brodo di legumi ed all'acqua; in seguito latte scremato, poi proibizione di alimenti grassi o contenenti colesterina (uova, cervello, anitre, fegato); i pasti non debbono essere copiosi. Sono molto utili le cure minerali; il malato non deve recarvisi che dopo un paio di mesi di completa apiressia.

La cura a domicilio comprende i lassativi: olio di oliva 50-100 cmc. al giorno, capsule di acido oleico; capsule di olio di Harlem, sali biliari. Nei periodi febbrili, preparati salicilici, aspirina, urotropina.

L'intervento chirurgico è destinato agli infetti, ai dolorosi (ritorno incessante di dolori violenti), talvolta anche nel caso di prurito intenso; negli itterici cronici si prenderà la decisione fra il primo ed il terzo mese.

(C. F. *Journ. d. praticiens*, 24 giugno 1922).

fil.

Sugli esiti lontani della colecistectomia.

Dà di solito risultati soddisfacenti del 91 % nelle colecistiti litiasiche, dell'85 % in quelle semplici. D. Petit-Dutaille (*Journ. des praticiens*, 17 giugno 1922) riconosce che la necessità di un nuovo intervento dopo la colecistectomia è un'evenienza abbastanza rara, osservandosi solo nell'1.3 % la litiasi del coledoco, e nella stessa proporzione le crisi dolorose con ittero.

Meno rari sono i disturbi digestivi connessi con aderenze più o meno serrate, preesistenti di solito al primo intervento.

Abbastanza frequenti sono invece i disturbi leggeri: trattasi di dolori discontinui, il più spesso di tipo epatico, anzichè pancreatico, che si manifestano con coliche senza ittero, talvolta con febbre: il più spesso si attenuano con la sola cura medica. Si osservano di solito nei calcolosi, e si trova spesso una elevata ipercolesterinemia.

Complessivamente la colecistectomia per calcolosi vescicolare dà il 52 % di guarigioni perfette; queste sono il 60 % nel caso della colecistite non calcolosa.

È però necessario che gli ammalati rimangano sotto cura ed osservino il particolare regime. L'A. consiglia la cura di Vichy per 2-3 anni.

fil.

Un buon diuretico nella cirrosi epatica. (Il tartaro depurato).

Il vecchio rimedio costituito dall'associazione dell'altea col tartaro depurato, è stato riesumato nella Clinica propedeutica di Torino con buoni risultati. Si è usata l'antica formola di Sakaki: Decotto di radici d'altea 10: 180; tartaro depurato g. 20-30, sciroppo semplice g. 20: a cucchiai nelle 24 ore.

Secondo quanto riferiva P. Marie (*Minerva medica*, 1° aprile 1922) su 18 casi di cirrosi, si sono ottenuti in 9, risultati soddisfacenti: negli altri, molto avanzati e che avevano subito numerose paracentesi, la cura riuscì inefficace.

Quindi, se la malattia non è troppo inoltrata, è favorevolmente influenzata per mezzo della diuresi provocata dal tartaro depurato; del resto il modo con cui l'ammalato risponde ai diuretici costituisce un elemento di prognosi, la quale è favorevole quando si possono eliminare 2-3 litri giornalieri, con che l'ascite può essere arrestata od anche regredire.

Condizione favorevole per la riuscita del rimedio è che i soggetti abbiano cuore e reni in buono stato funzionale; specialmente necessaria è la relativa integrità del rene, la quale del resto è condizione per la riuscita anche di altri diuretici, non escluso il calomelano, che pure dà qualche volta buoni risultati, ma che esige delle precauzioni, oltre che riguardo al rene, anche per l'intestino.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1328) *Sinergia dei medicamenti.* — Al dott. P. F. da M.:

L'azione dei medicamenti può essere rinforzata per associazione di essi; l'unione dell'oppio col calomelano facilita e rende possibile l'azione diuretica di questo: lo stesso oppio unito al chinino rende questo più facilmente tollerabile, l'associazione di digitale ed adonis rinforza l'azione di entrambi.

Si parla invece di sinergia, quando le sostanze che si uniscono sono farmacologicamente eterogenee, e la dose di una di esse è piccolissima; nella pratica tale azione viene sfruttata p. e. con l'unione di minime dosi di scopolamina alla morfina (parto indoloro), con l'unione di morfina alla narcosi cloroformica.

L'associazione e la sinergia sono spesso tenute presenti nella formola data dai diversi autori per le ricette.

fil.

(1329) *Contro l'ipertricosi.* — Al dott. S. Ferraro, Abbiategrasso:

Il mezzo più efficace è l'epilazione elettrica praticata da persona esperta in questo genere di applicazioni e con tutte le cautele necessarie per evitare la formazione di cicatrici appariscenti, deformanti, ipertrofiche, ecc.

V. MONTESANO.

(1330) Al dott. N. A. da R., abb. 4462:

La pasta canforata contro la tricofizia si compone così:

Canfora rasa gr. 50; Alcool e succo di limone q. b. p. 1/2; Pasta molle ed omogenea. Si può preparare estemperaneamente, quando occorra, senza rivolgersi al farmacista.

V. MONTESANO.

(1331) Ai dottori G. F. da Bari e A. C. da Arcevia:

La densimetria e volumetria dell'urina raccolta frazionatamente nelle 24 ore costituisce uno dei metodi più semplici e attendibili di esame della funzionalità renale; è descritto da E. Pirondini in *Rivista Ospedaliera*, n. 9-10 del 1921.

a. p.

VARIA

Sostanze odorose e olfatto.

Non si sa ancora molto di preciso sulle relazioni fra costituzione chimica e odore. Si è però giunti a distinguere un discreto numero di concatenazioni atomiche, la cui presenza produce di solito una sostanza odorosa, concatenazioni dette «odorifere» od «osmofore». Rupe e Mazeski (*Boll. Chim. Farmaceut.*, 15 luglio 1922) distinguono 18 gruppi, che a seconda del buono o cattivo odore, si dividono in aromatofori e cacosmofori, ma la serie è ancora da completare. La presenza di un gruppo osmoforo non basta per produrre un odore, è necessario anche la presenza di un *osmogeno*: come tale viene considerato l'anello benzolico.

L'odore non dipende affatto dalla volatilità della sostanza, ma dalla sua solubilità nell'aria. Quando la soluzione in aria della sostanza odorosa viene a contatto con la sostanza delle cellule olfattorie, che ammettiamo costituite di albumina e lipoidi, essa viene assorbita da queste cellule proporzionalmente alla sua solubilità in esse. È chiaro dunque che le sostanze odorose debbono essere solubili nei lipoidi. Ma una sostanza viene percepita soltanto se forma una combinazione con la sostanza delle cellule olfattorie. Ruzickan ammette sulle mucose del naso degli osmocettori e chiama odoroso un corpo quando esso forma con la mucosa del naso una reazione, che eccita il nervo olfattorio.

Le combinazioni fra il corpo odoroso e il plasma delle cellule olfattorie sono molto labili, come dimostra la scomparsa dell'odore con l'allontanare la sorgente odorosa.

La percezione dell'odore ha luogo mediante i nervi che portano al cervello lo stimolo dell'odore, per associazione si ha quindi una serie di determinate rappresentazioni intorno alla natura e all'intensità dell'odore.

Se il plasma olfattorio è degenerato si può avere una falsa percezione (raffreddore, abuso di tabacco, lavoro con cloro, ecc.). In tali circostanze è sciolto un anello della normale catena a quattro fasi: sostanza odorosa, sua soluzione nell'aria, combinazione col plasma olfattorio, nervo olfattorio e cervello. La quantità minima di sostanza percepibile, varia secondo le sostanze e secondo gli individui: così l'alcool metilico si può odorare in una diluizione di 1 milligrammo per litro d'aria, l'acetone di 4 milionesimi, l'olio di garofani di 0.9, la cumarina di 0.1, la canfora di 2 centimilligrammi, lo scatolo di 0.4 milionesimi di grammo.

Le sostanze odorose odorano differentemente secondo che sono in soluzione concentrata o diluita: ciò va messo in relazione con la teoria delle soluzioni, per cui aumentando la diluizione subentra una ionizzazione sempre maggiore della molecola odorosa. Il muschio artificiale in cristalli ha poco odore, una soluzione molto diluita fa spiccare il caratteristico odore. La stessa cosa succede per altri odori: il comparire dell'odore caratteristico presuppone dunque un determinato grado di ionizzazione, che subentra appunto con un determinato grado di diluizione.

La qualità del solvente è pure di grande importanza: una soluzione di sostanza odorosa in paraffina non ha spesso alcun odore, poco quella in olio, più forte quella in acqua ed il massimo in alcool, la presenza di vapore acqueo nell'aria ha poi grande importanza per la ionizzazione.

Riguardo ai disodoranti, si osserva che una completa compensazione di due diverse impressioni d'odore, ha luogo solo negli odori deboli. L'odore di iodoformio si può parzialmente «compensare» con cumarina (o balsamo peruviano, timolo), quello d'olio di ricino con vaniglia (cannella). Odori deboli possono compensarsi a vicenda, odori forti invece stanno in contrasto; se la differenza d'intensità è molto grande, il più forte copre il più debole.

Anche la cosidetta stanchezza dell'olfatto si lascia facilmente spiegare con la nuova teoria. I ioni della sostanza odorosa dopo qualche tempo hanno saturato le molecole delle cellule olfattorie: sistema labile, necessario per il formarsi dello stimolo olfattorio, è passato su sistema stabile, che non odora; i nuovi ioni che affluiscono non trovano più luoghi d'attacco, così che non ha più luogo alcuno stimolo. Ma dopo un po' di tempo la molecola si scompone e subentra lo stato normale. Egualmente si può spiegare il fatto che l'organo, stanco per un determinato odore, può percepire altri dolori, ammettendo che i punti di attacco del plasma per le sostanze odorose, rispettivamente per i loro ioni, sieno differenti.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Amministrazione Sanitaria Internazionale. — Il Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Il 14 agosto si adunò a Ginevra il Comitato di Igiene per la Società delle Nazioni, sotto la Presidenza del prof. Teodoro Maddasen.

Il direttore medico dott. Rajchman fece un'ampia esposizione sulle condizioni sanitarie del centro e dell'oriente di Europa e informò il Comitato sul lavoro compiuto dalla Sezione di Igiene dopo la sessione di maggio.

Sul primo tema all'o. d. g., concernente l'intesa con la fondazione Rockefeller, riferì il dott. Velghe, direttore generale di Sanità del Belgio.

Riguardo alle informazioni epidemiche che la Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni dovrebbe raccogliere e diffondere, estendendo e perfezionando quelle, che riassume nel Bollettino settimanale ed in quello mensile limitatamente al centro ed all'oriente d'Europa, a proposta del dott. Lutrario, direttore generale della Sanità d'Italia, calorosamente appoggiata dal dott. Rajchman, il Comitato approva alla unanimità che, accanto a quest'ordine di informazioni, che ha un'importanza contingente alle misure sanitarie del momento, si provveda anche ad un regolare servizio di statistica sanitaria internazionale. Quanto alla mortalità il dott. Lutrario fa presente la necessità che oltre ad adottare la nomenclatura delle cause di morte secondo l'ultima revisione fatta nella Conferenza internazionale di Parigi, tenutasi nel 1920, si adotti anche un tipo unico di scheda, e si cerchi di mettere in valore l'età e la professione dei defunti. Riguardo alla morbosità, il dott. Lutrario propone la designazione di ospedali-tipo come fonti di ricerca internazionali: si tratterebbe di ospedali generali opportunamente scelti nei vari Paesi, nei quali affluiscono quasi tutte le classi della popolazione. Siccome questi ospedali rappresenterebbero in piccolo quello che in più grande avviene nella massa della popolazione, molto verosimilmente si potrà con opportuni avvedimenti generalizzare i risultati per la circoscrizione territoriale, ed ottenere così una base solida di geografia nosologica.

Si è poi trattato il secondo tema dell'ordine del giorno relativo all'avvicendamento internazionale del personale di sanità, di cui era relatore il dott. Lutrario.

Secondo il concetto istituzionale dell'iniziativa, il candidato, all'infuori della parte dottrinale e pratica del tirocinio, diviene un elemento di azione nel servizio sanitario dell'altro paese, prendendo parte, durante l'inquadramento nel personale che lo ospita, all'attività dei suoi colleghi, collaborando con essi nell'adempimento delle funzioni sanitarie. In questa forma di attività, la Società delle Nazioni mira a raggiungere due scopi: elevare la cultura dei funzionari dei vari Paesi, e creare uno spirito di corpo essi, ed a loro mezzo fra gli organismi di sanità dei diversi Paesi. Il dott. Lutrario ha trattato diffusamente il tema, che ha sollevato un'ampia discussione, occupando due intere sedute. I punti di vista del relatore sono stati accolti.

Verifiche e perizie del mais importato.

Con Regio decreto 28 maggio 1922, n. 971, sono raddoppiati i compensi per le verifiche e le perizie del mais importato per uso alimentare, stabiliti dalla tariffa allegata al regolamento per l'esecuzione della legge 21 luglio 1902, n. 427, per la prevenzione e la cura della pellagra, approvato con R. decreto 5 novembre 1903, n. 451.

Cronaca del movimento professionale.

Sanitari rimpatriati per la guerra.

L'on. Di Fausto ha interrogato il presidente del Consiglio e il ministro dell'Interno, circa i loro intendimenti per scongiurare la condizione disastrosa in cui si trovano i sanitari medici, dentisti, farmacisti, rimpatriati per ragione della guerra e abilitati, con decreto Luogotenenziale 29 agosto 1915, n. 13, ad esercitare in Italia la loro professione come la esercitavano all'estero, fino alla sanzione della pace. E aggiunge:

«Fino a quando non intervenga un provvedimento definitivo che consenta ad una schiera di valorosi cittadini professionisti ex combattenti, di trovare nella patria alla quale diedero sangue ed averi, il rispetto dovuto ai loro diritti, urgerebbe prorogare il Decreto suddetto».

All'ordine dei medici di Venezia.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Venezia in omaggio al principio sancito dall'Assemblea che l'Ordine debba assumere funzione sindacale decise di dare le dimissioni; affinchè i nuovi amministratori sieno gli eletti delle singole categorie.

Domenica 27 agosto ebbero luogo le elezioni del Consiglio dell'Ordine e riuscirono eletti: Pasinetti prof. Carlo, Cortesi dott. Tancredi, per i medici ospedalieri e manicomiali; Soldà dott. Egidio e Abbruzzetti dott. Alfonso, per i medici condotti: De Carolis dott. Antonio e Zani dott. Desiderio per i liberi esercenti; Rambaud dott. Enrico, per gli igienisti.

Il prof. Pasinetti venne eletto Presidente.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9579) *Età nei concorsi per medico condotto.* — Dott. G. G. da B. — Il bando del concorso deve essere scrupolosamente osservato nell'interesse di tutti i concorrenti. Quando esso ammette a concorrere sol persone che non hanno ancora compiuti i 44 anni di età non è lecito ammettere coloro che hanno, quantunque di poco, sorpassato tale limite.

(9580) *Indennità per mezzi di trasporto.* — Dott. L. R. da F. A. — Poichè le lire 2000 sono date dal Comune *per mezzi di trasporto* esse debbono essere corrisposte sia che detti mezzi sieno di proprietà del medico sia che essi sieno di proprietà aliena, ma sempre a disposizione del sanitario. Crediamo che possa aver vittoria in un futuro eventuale giudizio. Se ha bisogno di dettagliata relazione, scriva.

(9581) *Concorso - Unico concorrente.* — Dott. abb. 2666. — L'unico concorrente ha diritto alla nomina sempre quando non sia consigliabile la sua preterizione per ragioni personali. Qualora il Comune non intenda procedere alla nomina dell'unico concorrente, il Prefetto può provvedere da sè, nominando un Commissario prefettizio.

(9582) *Cassa di previdenza.* — Dott. G. M. N. da P. — La Cassa di previdenza è esclusivamente per i medici condotti e sanitarii affini e non per gli estranei. Ella, quindi, accettando il posto di fiduciario per le 5 Società di mutuo soccorso consorziate, non può più rimanere inscritto alla Cassa.

(9585) *Pensioni.* — Dott. S. G. da R. — Resta anche con la nuova legge sulle pensioni il diritto di chiedere la pensione dopo 25 anni di servizio, senza che vi concorrano cause speciali. Con 50 anni di età e 32 di servizio Ella, con la nuova legge, liquiderebbe l'annua pensione di lire 2919.

(9586) *Denunzia di malattie infettive.* — Dottor L. F. da A. — La denunzia delle malattie infettive dai medici deve essere fatta, a norma del regolamento sanitario del 1901, non all'ufficiale sanitario ma bensì al Comune. Qualora i medici non adempiano a tale importantissimo loro dovere, il Sindaco troverà bene il modo di richiamarli.

(9587) *Concorso ostetrico.* — Dott. C. R. da R. E. — La Commissione fece bene a non riprendere in esame i titoli della terza concorrente. A seguito dell'invio in Prefettura del deliberato consiliare di 25 schede bianche, il Prefetto, anzichè limitarsi a vistare la deliberazione, avrebbe dovuto applicare il disposto dell'art. 321 della legge comunale e procedere egli alla nomina della levatrice. Il nuovo concorso è nullo perchè già era valido il primo. Bisogna impugnare l'apertura del nuovo concorso presso la IV Sezione del Consiglio di Stato.

(9588) *Pensioni.* — Dott. G. B. da C. — Potrà chiedere la pensione fra altri 7 anni e mezzo. Però liquiderà su 19 anni di servizio poichè gli anni di interinato sono calcolati come utili solo per l'acquisto del diritto a pensione, ma non per effettiva liquidazione di questa. Gli anni di studio universitario non sono calcolati.

(9589) *Prescrizione - Cassa previdenza.* — Dottor G. L. G. da Z. — Si prescrivono col decorso di anni due i crediti per visite mediche. Se tale è la vertenza che ha col Comune, è già il credito prescritto da un anno. Se durante l'anno in cui ha fatto servizio di guerra, il Comune non ha pagato, come ne avea, per legge, il dovere, il contributo alla Cassa di previdenza, l'anno è perduto e non può più essere riscattato.

Si informi dal Comune se, per caso, fosse stato pagato il contributo in quell'anno.

(9590) *Tariffa giudiziaria.* — Dott. C. P. da V. — Ogni qualvolta viene chiamato dal Pretore per compiere atti di polizia giudiziaria ha diritto al compenso di lire 10 per ogni due ore di lavoro, il tutto come stabilisce la tariffa giudiziaria in materia penale, modificata dal R. Decreto 20 luglio 1922, n. 995.

(9591) *Dimissioni.* — Dott. M. F. da U. S. G. — Per potersi dimettere dalla carica di medico condotto, qualora non vi sieno condizioni speciali nell'atto di nomina, deve rassegnare al Sindaco del Comune apposita istanza in carta da bollo di lire 2.00, almeno un mese prima del giorno fissato per lasciare il servizio.

(9593) *Certificati per emigrare.* — Dott. A. E. F. da M. — Può pretendere compenso per i certificati che rilascia a persone che si recano all'estero non per scopo di lavoro e che non siano incluse nell'elenco dei poveri.

(9594) *Indennità caro-viveri - Quinquenni.* — Dott. L. G. P. da M. — Per ottenere il secondo caro-viveri, negato dal Comune, od altro miglioramento economico equivalente, deve rivolgersi, non al Prefetto, ma alla G. P. A. ai termini dell'articolo 26 della vigente legge sanitaria. Pel quinquennio, se col 1920 è cominciato il 1°, per aversi il 2°, bisogna attendere il 1925.

(9595) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. P. da F. — Per gli impiegati governativi le indennità caro-viveri sono state mantenute ancora per un altro esercizio, per effetto di analogo articolo inserito dal Ministro del Tesoro nel bilancio 1922-1923. E poichè tali concessioni vengono, al pari degli statali, fatte anche ai dipendenti dagli enti locali, non v'ha dubbio che anche per questi, siane stata prorogata la facoltà.

(9596) *Licenziamento di medico stabile.* — Dott. D. Z. da S. — Sul primo quesito si risponde di sì, sempre che sia stato il Comune legalmente messo in mora pel pagamento; sul secondo che i ricorsi amministrativi non sospendono l'esecuzione del provvedimento contro cui si ricorre; sul terzo si crede di no; sul quarto, se il debito è liquido ed esigibile può chiedere il rilascio di mandati di ufficio della G. P. A., altrimenti bisogna promuovere un giudizio; sul quinto quesito si risponde di sì, sempre quando sia venuta meno la competenza della G. P. A.; sul sesto che può fare una sola citazione abbinando tutte le cause litigiose; sul settimo bisogna invocare l'intervento dell'autorità giudiziaria ordinaria, e sull'ottavo pagando gli anni dal 1921 ad oggi sono calcolati come utili agli effetti della pensione.

(9597) *Concorso per chirurgo primario.* — Dott. P. M. da S. M. C. V. — Il concorso non poteva essere annullato, se non per gravi motivi. Dovea rimanere sospeso fino a quando un professore avesse potuto far parte della Commissione.

(9598) *Ufficiale sanitario - Farmacia.* — Dott. F. V. da N. — Essendo già incaricato l'altro collega delle funzioni di ufficiale sanitario, non può Ella essere nominata a turno nel medesimo ufficio. Il posto di perito medico delle ferrovie è personale. La moglie del medico condotto, munita del relativo diploma, può esercitare una farmacia, di cui titolare e proprietaria è un'altra signora; che essèndo sfornita di diploma, non può somministrare alcun farmaco. Denunzi il fatto al medico provinciale ed agli ufficiali di polizia giudiziaria.

(9600) *Concorso.* — Dott. M. S. da G. — Se l'altro collega è ammesso al concorso illegalmente, Ella può impugnare la eventuale nomina con ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato. Stando a ciò che dice il bando di concorso, i documenti debbono essere esibiti al completo dinanzi la Commissione.

(9601) *Contributo per il collegio degli orfani dei sanitarii in Perugia.* — Dott. T. B. da G. — La tassa per il mantenimento del collegio degli orfani dei sanitarii in Perugia non è imposta dal Comune ma bensì dallo articolo 1 del Regolamento approvato con Decreto Luogotenenziale del 17 marzo 1917, n. 1058. Il contributo è, quindi, obbligatorio.

(9602) *Pensioni.* — Dott. A. V. da M. — Alle condizioni esposte con le nuove tabelle liquiderà l'annua somma di lire 1126.20. Si avverte che le nuove tabelle non sono ancora in vigore non essendo state ancora approvate e che Ella, con la legge attuale, non potrebbe chiedere pensione, perchè non ha ancora raggiunti gli anni 25 di servizio.

(9604) *Concorso - Termine per produzione delle domande.* — Dott. G. V. da Z. — Risposto privatamente come da desiderio da lui espresso.

(9605) *Indennità di vettura.* — Dott. O. C. da S. V. la. C. — Poichè la sua condotta è residenziale, cioè, limitata ai soli poveri, la vettura deve essere riservata al migliore espletamento del servizio relativo. Essa deve, pertanto, servire solo pei poveri e per tale ragione la relativa spesa fa carico al Comune.

(9606) *Nomina ad ufficiale sanitario.* — Dott. A. M. da P. — Essendo trascorsi 6 anni, la nomina compiuta dal Prefetto non può essere più impugnata, perchè decorsi tutti i termini fissati dalla legge per ricorrere.

(9607) *Armadio farmaceutico.* — Dott. G. S. da L. — Il Comune può imporre la gestione dello armadio farmaceutico, però deve pagare il sanitario in misura proporzionata all'entità del lavoro ed al tempo, che occorre per disimpegnarlo.

(9608) *Tassa da bollo - Cavalcatura.* — Dott. P. M. da N. — La tassa di bollo per quietanza deve essere pagata dal percipiente. Il cavallo del medico condotto è soggetto alla tassa stabilita per le bestie da *comodo* e non a quella delle bestie da *lavoro*.

(9609) *Caro-viveri.* — Dott. I. F. da N. — Stante le attuali condizioni di vita, è improvvida la disposta soppressione del secondo caro-viveri, che è rimasto tuttora per gli statali. Faccia istanza alla G. P. A. perchè provveda ad eliminarne le conseguenze.

(9610) *Visite collegiali.* — Dott. E. C. da G. — Il sindaco od il Commissario prefettizio possono ordinare visite sanitarie ad impiegati dipendenti dal Comune, ancorchè non compresi nello elenco dei poveri. Dette visite sono eseguite dai medici dipendenti dal Comune e più specialmente dall'ufficiale sanitario, senza compenso ed anche contro la volontà dello infermo.

(9611) *Esercizio professionale all'Estero.* — Dott. M. da G. — Ella non è esattamente informata. La notizia relativa all'esercizio professionale dei medici italiani all'estero da noi data, è desunta da comunicazione ufficiale del Ministero dello Interno del 7 marzo 1911 (Vedi Vigo *Legislazione sanitaria in rapporto all'esercizio professionale a pagina 25*).

(9612) *Visita ai detenuti nelle camere di sicurezza.* — Dott. A. B. da R. F. — Non al Comune compete di provvedere per le visite ai detenuti nelle camere di sicurezza dei Carabinieri e pel rilascio dei certificati di viaggio. Se tanto le une quanto gli altri non possono, per la loro molteplicità e frequenza, essere eseguiti gratuitamente, debbono essere pagate dall'Arma, che direttamente invita il sanitario.

(9613) *Modifiche alla legge sulla Cassa di previdenza.* — Dott. E. B. da S. L. N. — La legge che modifica quella sulla Cassa di previdenza dei medici condotti non è ancora approvata. Con la nuova legge e con i dati esposti liquiderebbe la somma annua di lire 4576.20. Per il riscatto degli otto anni, fatti prima della attuazione della legge occorrerebbe il pagamento della somma di lire 2560.

(9616) *Pensioni.* — Dott. G. M. da S. C. di L. — Con 31 anno di servizio e 52 di età liquiderebbe lire 3019 di pensione, con 36 anni di servizio e 57 di età, liquiderebbe, invece, lire 4691.

(9617) *Rilascio di certificati.* — Dott. C. P. da V. — I certificati che richiedono coloro che sono dimessi dall'ospedale sono uno epilogo definitivo della rispettiva degenza nel nosocomio. Essi, pertanto, per qualsiasi fine sieno richiesti, sono rilasciati *gratis* nel senso di essere il relativo compenso incluso nella diaria o nel prezzo fissato dall'ospedale.

(9618) *Cassa di previdenza pei medici condotti.* — Dott. A. D. R. da L. — La legge nuova sulla Cassa di previdenza non è stata ancora approvata.

(9619) *Pensioni - Legge nuova.* — Dott. A. C. da F. — La domanda pel riconoscimento agli effetti del trattamento di riposo degli anni di studio, di servizio militare, ecc., ecc., non si può inoltrare se non sia prima approvata la legge. Pel riscatto dei 12 anni di servizio, deve erogare

la somma di lire 5740. Con i dati forniti liquiderà la pensione di lire 1183.

(9620) *Pensione*. — Dott. F. S. da S. — La minima pensione si liquida con 25 di anni di servizio qualunque età, in quel momento, si abbia. La massima non ha limiti. La pensione aumenta a seconda che aumenta il servizio e l'età, e fino a raggiungere un massimo di lire 12000 con 60 anni di età e 40 di servizio.

(9621) *Pensioni - Nuova tabella per le pensioni*. — Dott. A. P. da U. — La nuova legge sulle pensioni non è entrata ancora in vigore.

(9622) *Infortunii industriali*. — Dott. M. D'E. da C. — Negli infortunii industriali il sanitario, oltre il pagamento dei singoli certificati, come per legge, non può altro pretendere dallo industriale, neanche il compenso per la prima visita.

(9623) *Pensioni*. — Dott. E. C. da C. — La nuova legge sulle pensioni non è ancora in vigore. Ella, con i dati forniti, liquiderebbe la somma di lire 4745.

(9625) *Riduzione di condotta*. — Dott. C. E. da A. — Il Prefetto non ha facoltà di ridurre le condotte in un Comune. La riduzione deve essere deliberata dal Consiglio Comunale ed approvata dalla Giunta Provinciale Amministrativa, udito il Consiglio Provinciale di Sanità. Se a tali formalità non si sia adempiuto, non si può parlare di riduzione della condotta. Se anche si addivenisse alla temuta soppressione, non è possibile addossare al sanitario, ora in carica, l'intero servizio, senza ledere i diritti da lui acquisiti quando fu nominato. Vi dovrebbe intervenire speciale accordo e relativo aumento di stipendio. In ogni caso può ricorrere alla G. P. A. L'articolo 206 della legge sanitaria dispone che «*Gli ufficiali sanitarii che non sono medici condotti e che si trovino in servizio all'attuazione della legge 27 febbraio* 1904, n. 57, *da almeno 3 anni nello stesso Comune possono essere dispensati dal concorso e dal periodo di prova previsto dall'articolo* 18 *su parere conforme del Consiglio Provinciale di Sanità*». Costoro, appunto diventano stabili senza alcun concorso.

(9626) *Libretti per ammissione al lavoro*. — Dott. S. E. da G. — La legge non determina il compenso che il sanitario può esigere pel rilascio dei libretti di ammissione al lavoro. Neanche noi potremmo indicare somma. Occorre regolarsi secondo le consuetudini e le abitudini locali.

(9627) *Caro-viveri*. — Dott. D. P. M. da M. C. — Per ottenere le quote complementari pel secondo caro-viveri, cui Ella accenna nel quesito, è necessario far domanda al Sindaco del Comune. Qualora il Comune non se ne dia carico e nel Comune godano tutti gli impiegati del secondo caro-viveri, Ella può rivolgere la stessa domanda alla G. P. A. allegando un completo stato di famiglia.

(2630) *Regolamento per gli impiegati delle Opere Pie*. — Dott. N. M. da C. — Il nuovo regolamento per gli impiegati e per i salariati delle Opere Pie non avendo riportate le consuete prescritte approvazioni, non è ancora legge dello Stato.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALEZIO (*Lecce*). — Scad. 23 sett. Due condotte; L. 5000 per 1500 pov., L. 5 addizion. fino a 2000; quattro quinq. decimo; L. 500 cav.; doppio c.-v.; indennità speciale L. 1500 nei primi 4 anni di condotta, salvo che non venga assorbita da aum. di stip.

BASCHI (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 indenn. resid., addizion. L. 2; tre quinq. decimo. Serv. entro 20 g. Per due frazioni.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 2 c.-v.; L. 500 se il medico non trovasse conveniente alloggio; L. 2500 cav. oppure L. 1000 bicicl.; L. 400 se uff. san. Stato fam.

BOCCOLO DEI TASSI (*Piacenza*). — L. 6500 stip. resid., L. 3600, stip. addizion. fino a 1000 pov., lire 3000 cav., L. 1500 c.-v. cav., L. 1200 c.-v., L. 300 uff. san., 5 quadr. dec. Serv. entro 15 gorni. Scadenza 10 ottobre.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — Scad. 30 sett. Per Casale di Pari. L. 9000 e c.-v.

CAORSO (*Piacenza*). — A tutto 25 sett.; L. 6500 residenz. e 5 quadr. decimo; L. 3000 fino a 1000 pov.; addizion. L. 2.50 per il 2° migliaio e L. 2 oltre. L. 3000 cav., più c.-v. cav. in L. 2000; ambul. L. 400; uff. san. L. 500. Doppio c. v. Età lim. 35. Serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

CARPEGNA (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 settemb. Consorzio. L. 7000 e tre sessenni decimo; L. 3400 cav., L. 1500 disag. resid. L. 600 uff. san.; caro-viv.

CASCIA (*Perugia*). — Condotta primaria prevalentemente chirurgica e condotta medica. Vedi fascic. 36. Scad. ore 18 del 2 ottobre.

CASERTA. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

CASTEL DEL MONTE (*Aquila*). — Per trenta giorni dal 29 ag.; L. 6000 p. pov., sessenni dec., L. 500 disag. resid., L. 500 uff. san., due c.-v. Iscriz. Ordine. Età limite 40.

CERIGNATE (*Pavia*). — Consorz. 3 com.; ab. 5080; L 6500; addiz. su 1000 pov.; cav.; c.-v. Scad. 20 ottobre.

COMO. *Ospedale Provinciale Psichiatrico*. — Due medici di Reparto; vedi fasc. 36. Scad. ore 17.30 del 30 sett.

COSEANO (*Udine*). — L. 8000 oltre L. 3000 mezzo trasp. e L. 800 uff. san.; doppio c.-v. Scad. 25 settembre.

FIRENZE. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Titoli ed esami. L. 9000 e 8 trienni decimo; indennità temporanee di c.-v. e di missione. Esclusione da incarichi retrib. e dall'esercizio profession. Ab. 60,000 di cui 21,900 nel centro capoluogo. Scad. 31 ottobre.

FOLIGNO (*Perugia*). — Ufficiale sanit.; L. 10,000, 2 c.-v. e supplementare; 3 quinquenni dec. Titoli ed esami. Scad. 20 sett.

FOSDINOVO (*Massa Carrara*). — Scad. 30 sett. Frazioni; distanza mass. 8 km.; ab. 1900 di cui 215 a cura grat.; L. 6000, con c.-v., L. 1000 cavalc., salvo approvazione G. P. A.

MALEO (*Milano*). — Scad. 27 sett. II Rep. L. 6000 oltre L. 2500 quota compl., c.-v., aumenti periodici. Chiedere bando.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

MONTE S. BIAGIO (*Caserta*). — Entro il 25 sett. Età-lim. 40. Iscrizione in un albo. L. 6000 e un decimo per ogni quinquennio di effettivo servizio. Chiedere annunzio.

MONTE S. BIAGIO (*Caserta*). — Scad. 25 sett. L. 6000 e quinquenni decimo, oltre indenn. cavallo.

NORMA (*Roma*). — Scad. 24 sett. L. 7000 oltre L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., doppio c.-v.

POMARANCE (*Pisa*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 4 quinq. dec.; L. 4000 cav.

ROMA. *Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica.* — Assistente effettivo; vedi fasc. 36. Scad. 30 sett.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

S. CHIRICO NUOVO (*Potenza*). — Scad. un mese dal 4 sett. Età-limite 35. Serv. entro 25 g. L. 4100 (*sic*) e doppio c.-v.

S. PIETRO AVELLANA (*Campobasso*). — A tutto 30 sett. Età limite 39. Iscriz. Ord. L. 3500 (*sic*) e 4 quinquenni dec.; doppio c.-v.

SPELLO (*Perugia*). — Scad. 30 sett. L. 6000, tre quinq. dec., doppio c.-v., L. 600 uff. san.

TORINO. *Ospedale Celtico di S. Lazzaro* (Corso Cairoli, 14-*bis*). — Medico primario. Scad. 30 sett. Stip. come da regolam. int. e tabelle organiche visibili presso la Direzione. Iscriz. a un Albo. Documenti non ant. a 3 mesi dal 10 agosto. Titoli e pubblicaz. in 5 esemplari.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita.* — Primario di chirurgia, assistente di medicina e radiologo; vedi fasc. 35. Scadenza 31 ottobre.

Medico diplomato in Inghilterra ed in Svizzera desiderando apprendere l'italiano cerca interinato in un Ospedale o in Clinica privata. Dirigere offerte: dott. Cuerel, Morgec - Svizzera.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Sabellino (Rovigo); Forlimpopoli (Forlì).

Revoca di boicottaggi: Pietralunga (Perugia).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con decreto *motu proprio* sovrano è stata conferita al prof. Vittorio Ascoli, direttore della Clinica Medica dell'Università di Roma, la commenda dell'Ordine equestre dei SS. Maurizio e Lazzaro, su proposta del Ministero della Guerra, con la seguente motivazione:

«Il prof. Ascoli provvide, all'inizio della guerra, all'impianto in Pavia dell'Ospedale Militare Ghisleri, che diresse egregiamente per un anno e mezzo portandolo fin dal principio a quell'altezza di funzionamento e di indirizzo scientifico che solo la sua instancabile operosità e l'alto suo valore di Clinico illustre potevano consentire.

«Nominato, da questo Ministero, nel 1917 consulente per la malaria nell'interno del Regno, con la rara competenza che Egli possiede nello studio di questo grave problema sanitario e sociale, ha portato in tutte le questioni attinenti alla profilassi ed alla cura di questa infezione, il suo autorevole consiglio e una attiva ed efficace cooperazione».

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia.

La XIX riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia è fissata per i giorni 14-16 dicembre in Roma, nell'aula della R. Clinica Dermosifilopatica, diretta dal prof. A. Ducrey.

La prima seduta avrà luogo il 14 dicembre alle ore 10.

Si rivolge viva preghiera ai soci che desiderano fare comunicazioni, d'inviarne il titolo, con un breve riassunto, al segretario dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69 - Roma (20), non più tardi del 10 novembre; non si terrà conto di quelle preannunciate dopo tale data.

Entro lo stesso termine improrogabile i soci che vorranno usufruire dei ribassi ferroviari, se questi saranno concessi, dovranno avvisarne il segretario.

Per assicurare la sollecitudine nella pubblicazione e la fedeltà dei resoconti della riunione la Presidenza si atterrà strettamente alle disposizioni dell'art. 8 del regolamento.

Sarà distribuito prossimamente il programma della riunione.

V Congresso sanitario di Abruzzo e Molise.

L'inaugurazione avverrà in Lanciano il 23 corr. mese, alle ore 10, nel Teatro Comunale Fenaroli.

Le iscrizioni si ricevono anche nei giorni durante i quali si svolgono le sedute del Congresso. Le quote d'iscrizione sono di L. 30 per i membri ordinari, e di L. 15 per gli aggregati (signore e studenti). Segretario: dott. O. De Cecco; cassiere: dott. L. Lotti. I lavori dureranno fino al 25 settembre.

III Congresso per le Industrie Sanitarie Italiane.

Questo Congresso, di cui abbiamo già dato notizia, si propone, come i Congressi che lo hanno preceduto, i seguenti scopi:

Valorizzare la nostra produzione presso il corpo medico, interessando ad essa, con speciale cura, i medici italiani residenti all'estero, dei quali ognuno è elemento vivo, potente, fattivo di ogni

nostra affermazione, di ogni nostra espansione di idee, di coltura, di produzione.

Costituire fra scienziati, sanitarii e industriali un continuo cordiale affiatamento che li persuada della necessità e della utilità, nel superiore interesse del Paese e nell'interesse particolaristico, della loro stretta e sincera collaborazione nella ricerca e nella offerta di iniziative sfruttabili, nella soluzione di problemi scientifici o industriali, cui scienza, ingegneria e finanza sono elementi ugualmente indissolubili e necessarii.

Valorizzare il nostro patrimonio idrologico e climatologico (fonti salutari, stazioni climatiche, ecc.), il quale attende da tempo di essere messo nel valore che gli compete, specie raffrontandolo con lo sviluppo che, pure con risorse naturali, assai minori delle nostre, altrove è stato raggiunto.

Ottenere da parte dei poteri superiori dello Stato una più efficace tutela degli interessi delle industrie sanitarie italiane, fino ad oggi sacrificate attraverso disparità e inferiorità di trattamento alla produzione straniera.

Il Congresso Internazionale di Sociologia.

È indetto a Vienna dal 1º all'8 ottobre. La VI Sezione è dedicata ai problemi di *Biosociologia* e di *Medicina Sociale;* discuterà i seguenti temi: « Lotta contro le intossicazioni sociali »; « Disposizioni internazionali in relazione all'eugenica ».

Le adesioni vanno indirizzate al Direttore dell'Istituto Internazionale di Sociologia, prof. Francesco Cosentini, Torino, via Santorre Santarosa, n. 21.

Per G. B. Morgagni.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Forlì, patria di G. B. Morgagni, rivolge cordiale appello a tutte le Università, a tutti gli Istituti scientifici ed a tutti i Medici d'Italia invitandoli a tributare degne e solenni onoranze all'autore del *De sedibus et causis morborum,* mentre la città nativa si appresta a trasferire la Statua monumentale dal cortile del Palazzo degli Studi nella piazza prospiciente al vasto Ospedale intestato al nome del Grande Anatomico. L'Ordine dei Medici della Provincia di Forlì, ritenendo che le onoranze debbano essere indette da tutti i medici d'Italia, apre all'uopo una sottoscrizione nazionale.

Un ambulatorio ortopedico a Cortina d'Ampezzo.

È stato inaugurato a Cortina d'Ampezzo un ambulatorio ortopedico, sorto sotto gli auspicii dell'Istituto Rizzoli di Bologna, dedicato ai combattenti della IV Armata che perirono in quelle terre nella grande guerra. Nella stessa occasione è stato festeggiato l'inizio dei lavori dell'Istituto Elioterapico che sorgerà nello stesso stabile e che prenderà il nome del compianto ed illustre prof. Alessandro Codivilla.

Parlarono l'avv. Bellini, Commissario Prefettizio della Amministrazione dell'Istituto Rizzoli, ed il direttore di esso, prof. Vittorio Putti.

L'ambulatorio sarà diretto dal dott. Vacchelli, aiuto alla cattedra di ortopedia dell'Università di Bologna.

La colonia marina nella Pineta di Pescara.

Nell'incantevole Pineta di Pescara la colonia marina, che da Roma, Aquila e Chieti si attenda per due mesi fra il mare e il bosco, diviene sempre più numerosa.

Il dott. Giulio Cozzoli, che per le colonie marine si va prodigando con slancio e fervore di apostolo, ha voluto tenere ai 500 bambini della Colonia una conferenza di propaganda igienica, accompagnata da proiezioni; egli ha parlato, con grande lucidità ed efficacia, dei pericoli dell'alcool, della difesa contro le malattie contagiose, dell'organizzazione e dei risultati della Colonia. Il benemerito sanitario è stato ammirato e festeggiato da tutti i presenti. L'opera così felicemente iniziata dovrebbe essere proseguita.

Ambulatorio-dispensario per bambini.

È stato riaperto l'ambulatorio-dispensario per bambini ammalati poveri, annesso alla Scuola pratica di Assistenza all'Infanzia di Roma. Le consultazioni, gratuite per i poveri, sono tenute dal direttore prof. Angelo Signorelli, codiuvato dalle allieve della Scuola. Si tengono anche consultazioni per le famiglie dei bambini frequentanti l'ambulatorio, integrate da visite domiciliari, per la inchiesta d'ambiente e sociale.

Munifica donazione.

Il signor Luigi Ronzoni, proprietario di Filande di seta a Seregno, ha dato un milione e seicento mila lire per la costruzione di un padiglione ed ha assicurato una rendita annua di L. 57,500 purchè sia riservato alla famiglia Ronzoni di nominare due dei cinque amministratori e 12 letti siano riservati ai suoi operai di Cesano Maderno. Egli stanziò pure un primo fondo di un milione per un ricovero di mendicità, mentre ha già erogato l'altissima cifra di altri dieci milioni in varie opere benefiche ed umanitarie.

Per le Università Germaniche.

Si apprende che il papa Benedetto XV lasciò all'arcivescovo di Colonia la somma di lire it. 200 mila da distribuire alle Università della Germania.

L' Università di Monaco.

Ha solenizzato il 24 giugno corr. anno il suo 450º anno di fondazione.

Nuove cattedre mediche.

Nell'Università czeco-slovacca di Brun è stato istituito l'insegnamento della medicina sociale, affidato al prof. Frantisek Hamza, fondatore della lega Mazarski contro la tubercolosi con 400 filiali e 50 dispensarii, autore di un trattato di medicina sociale.

A Tolosa è stata istituita la cattedra d'idrologia medica, con un titolare, un assistente ed un inserviente.

Prezzo dei libri universitari.

Il Ministro per l'Industria e Commercio, su conforme proposta della Commissione nominata con Decreto ministeriale del 31 marzo scorso, incaricata di esaminare la opportunità o meno dell'abrogazione o della modificazione delle norme relative ai prezzi dei libri scolastici, ha deliberato di mantenere inalterate per l'anno scolastico 1922-23 quelle stabilite dai Decreti ministeriali 4 ottobre 1921 e 13 dicembre 1921 circa i prezzi dei libri per le scuole universitarie ed istituti superiori, salvo che non intervennisero prima provvedimenti di indole generale.

I medici di Palermo e gli aumenti di affitto.

A Palermo si intensifica una seria agitazione della classe medica per le esorbitanti pretese dei proprietari di locali adibiti come studii professionali o consultorii.

Infatti i proprietari, visto il R. D. 3 aprile 1921, che agli effetti delle proroghe e degli aumenti di fitto equipara tali locali a quelli adibiti per commercio, si sentono liberi dai precedenti vincoli, ed hanno imposto aumenti fantastici. E il presidente di quell'Ordine — prof. Bentivegna — facendosi eco dell'agitazione di moltissimi medici che si vedono costretti a sospendere fuori della propria abitazione l'onesto esercizio professionale, si è rivolto alla Deputazione politica, e al Presidente della Federazione prof. Silvagni, invocandone l'appoggio, in vista della prossima discussione del progetto di legge sugli affitti.

Ora si spera nell'interessamento del prof. Silvagni e dell'on. Orlando, il quale ha assicurato di sostenere i voti dei medici presso la Commissione parlamentare.

I mobili dell'Ospedale Maggiore di Milano pignorati dal fisco.

Il Consiglio dell'Ospedale Maggiore di Milano aveva deliberato, per le ristrettezze finanziarie in cui versa l'Istituto e per la impossibilità in cui si trova di riscuotere forti crediti, specialmente dai Comuni, di sospendere i pagamenti delle imposte di ricchezza mobile, di fabbricati, ecc. In seguito a tale mancato pagamento è stato eseguito, per conto del fisco, il pignoramento di tutti i mobili dell'ospedale per un valore di 300 mila lire.

Medici assassinati.

A Ponte Corsini presso Ravenna è stato ucciso con un colpo di tridente al cuore il medico condotto dott. Claudio Scagnondi. Sembra che il delitto sia stato motivato da vendetta, poichè l'uccisore sarebbe stato licenziato dal posto che occupava in seguito a certificato del medico, il quale lo avrebbe dichiarato affetto da tubercolosi.

In un caffè di Torino la maestra Guglielmina Comosi di Aosta uccise con due colpi di rivoltella il suo amante dott. Remigio Chantel, laureato da qualche mese in medicina a Modena; poi sparava altri due colpi contro di sè e moriva anche essa poco dopo.

Una Sezione russa nell' Universitá di Londra.

Il Governo inglese ha permesso ad un gruppo di professori delle Università russe di iniziare dei corsi regolari nell'Ateneo londinese, ove costituiscono una Sezione Russa, da poco inaugurata.

Si è spnto a Palermo il prof. ANNIBALE MONTALTI, ordinario di medicina legale in quell'Ateneo, uno dei più apprezzati cultori della disciplina che professava. Era nato a Rossano (Massa-Carrara) nel 1858; si era laureato a Firenze, dove fu aiuto del Filippi; pervenne giovanissimo all'insegnamento ufficiale: a 32 anni occupava già la cattedra che Egli doveva illustrare. Lascia tracce luminose in molti campi della medicina legale; fu uno dei più autorevoli collaboratori del Trattato diretto dal Filippi; insegnante efficace, creò una scuola dalla quale sono usciti valenti allievi, tra cui il Mirto, ordinario di medicina legale prima a Siena ed ora a Catania. Oltre che scienziato eminente, fu cittadino integerrimo ed ebbe il culto degli affetti domestici. G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal Amer. Med. Assoc., 3 giu. — S. A. CHALFANT. Contrattempi in ginecologia. — J. GOLDBERGER. Dieta e pellagra. — D. C. PARMENTIER. Rumori sistolici in individui sani. — R. BURTON-OPITZ. La capacità vitale dei cardiaci. — W. L. BENEDICT. Retinite da ipertensione plus nefrite.

Studium, 20 mag. — D. PACE. Effetti della sezione del vago sinistro in una donna.

Ann. di Odontologia, giu. — W. DUNN. Trattamento della piorrea alveolare con i raggi ultravioletti. — G. FASOLI. Sensibilità dentinale e malattie iniziali della polpa.

Riv. di Patol. Nerv. e Ment., 8 giu. — G. FRIGERIO. L'azoto non coagulabile del sangue in alcune malattie mentali. — C. DE SANCTIS. La puntura lombare in alcune emorragie ventricolari.

Deutsche Med. Wochens., 16 giu. — W. STRAUB. Sostanze digitaliche e medicamenti digitalici. — A. MÜLLER. Appendicite e gonorrea annessiale. — LICHTERFELD. Actinomicosi polmonare primaria.

Bull. Ac. de Méd., 6 giu. — F. ARLOING e L. LANGERON. Choc anafilattico sperimentale per via respiratoria. — W. JANOWSKI. Il meccanismo dell'accelerazione del polso in diversi stati morbosi.

Pediatria, 15 giu. — S. CANNATA. L'intolleranza per il latte di donna. — S. FABRIS. Valore diagnostico dell'adenite epitrocleare.

Giorn. di Clin. Med., 10 giu. — A. DAZZI. Encefalite epidemica cronica. — U. GABBI. Emorragia del ponte; sindrome Millard-Gubler.

Journ. d. Praticiens, 17 giu. — H. VIGNES. Contrazioni e contratture anulari sul parto.

Brit. Med. Journ., 17 giu. — A. HURST. Peccati e penitenze del colon. — E. S. WOLSON. I colori da disturbi funzionali dei muscoli del colon.

Novotherapia, mag. — N. GURGEL. Vitamine e avitaminosi.

Spitalul, mag.-giu. — OBREGIA e P. TOMESCO. La reazione di Weichbrodt nella sifilide nervosa. — O. TUGULEA e N. BALAN. Tumori cistici del peritoneo.

Prensa Méd. Argentina, 30 mag. — T. CASTELLANO e M. SHCTEINGART. Pleurite amebica.

Zentralbl. f. inn. Med., 24 giu. — F. EIGENBERGER. La soluzione iodica di Pregl per via endovenosa.

Japan Med. World, 15 mag. — Y. OHHASHI, H. NAKANISHI, M. HARS, T. OHSA. Eziologia del beriberi. — K. TAGUCHI, S. HIRAISHI e F. KWA. La malattia da riso spulito nell'uomo.

Journ. d. Praticiens, 24 giu. — ARMENGAUD. Trattamento idrominerale delle bronchiti croniche.

New York State Med. Journ., giu. — C. H. CHETWOOD. Legatura dei deferenti e ringiovanimento. — R. L. LEVY. Studio chimico nella chinidina.

Presse Méd., 24 giu. — E. KERAMOPOULOS. Trasfusioni sanguigne e profilassi degli accidenti chininici.

Paris Méd., 24 giu. — HUDELO. Trattamento della psoriasi. — CLAISSE e SERRAND. Efficacia delle iniezioni intratracheali col metodo sotto-glottico.

Soc. d. Hôp., 15 giu. — M. LABBÉ e a. Il metabolismo basale. — M. VILLARET e a. La tensione venosa periferica.

Bull. Ac. de Méd., 13 giu. — G. ÉTIENNE e M. VERAIN. L'iperfunzione renale all'inizio dello scompenso cardiaco.

Pensiero Med., 17-24 giu. — B. BISBINI. Casi di singhiozzo epidemico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 giu. — D. D'ANDREA. Ittero e morbo di Flajani-Basedow.

Journ. de Méd. de Paris, 17 giu. — G. DROUET. Verso una concezione unicista della fisiopatologia dell'asma.

Liguria Med., 1 apr. — E. MARAGLIANO. Congestioni polmonari attive e forme toraciche dell'influenza.

Brit. Med. Journ., 24 giu. — La sonda duodenale nella diagnosi delle malattie biliari. — L. ROGERS. La lebbra. — E. ARMSTRONG. L'ossido di carbonio nel fumo di tabacco. — H. C. BROWN. Azione amebicida della conessina.

Amer. Mediç., mag. — J. S. BECLER e B. H. BECLER. Trattamento non chirurgico del prolasso del retto. — N. E. ARMSTRONG. Immunità e disposizione alle infezioni gonococciche. — P. MARSHALL. L'inglese: la lingua migliore per gli scambi internazionali.

Deutsche Mediz. Wochens., 23 giu. — K. H. BAUER. Il problema costituzionale in chirurgia. — C. BRUCK. Sulla sierodiagnosi della sifilide mediante la precipitazione.

Riforma Med., 19 giu. — G. CRISTEL. Epilessia parziale continua circoscritta. — A. BARLOCCO. Ricambio intermedio nell'epilessia.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 22 giu. — G. BIANCHI. Spasmo clonico unilaterale del diaframma.

Wiener Klin. Wochens., 22 giu. — J. SCHMITZLER. Sulle dilatazioni acute minacciose dello stomaco e dell'intestino.

Presse Méd., 21 giu. — M. LOEPER e J. BAUMANSE. Secrezione peptica e pepsiuria.

Mediz. Klinik, 25 giu. — F. LESSER. Autoguarigione della sifilide. — A. SAALFELD. Il naso rosso. — E. TOBIAS. Idroterapia della pinguedine. — C. HART. La dottrina della glandola della pubertà.

Münch. Mediz. Wochens., 23 giu. — H. FÜHNER. Sinergismo chimico e farmacologico. — W. GENNERICH. Patogenesi della metasifilide. — G. WÜLLENWEBER. La concentrazione del liq. cer.-spin. nelle malattie del sistema nervoso centrale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 25 giu. — G. AVEZZÙ. La scopolamina nei postumi di encefalite letargica.

Clin. Pediatr., VI. — M. BERGAMINI. Poliomielite anteriore acuta a forma epidemica e suo nuovo trattamento.

Riv. crit. di Clin. Med., 15 mag.-25 mag. — C. ALESSANDRI e A. TERZANI. Ricerche sul sistema nervoso vegetativo nei malati di porpora emorragica.

L'Osp. Magg., 31 mag. — LEFFI. Diverticoli congeniti della vescica. — A. BERGAMINI. Il sintoma «dolore» in otorinolaringologia.

Soc. Méd. d. Hôp., 22 giu. — J. LECAPLAIN. Sifilosi polmonare.

Giorn. It. d. Mal. Ven. e d. pelle, 29 giu. — P. RAMOGNINI. Sifilomi iniziali intranasali. — A. PASINI, A. DE BELLA, G. DEFINE. I preparati di bismuto nella cura della sifilide. — L. NARDELLI. Di alcune serie tossiche di neosalvarsan.

Zentralbl. f. inn. Med., 1 lug. — H. STRAUSS e W. SCHUBARDS. Il contenuto colesterinico del siero sanguigno.

Riforma Med., 26 giu. — M. ARESU. La velocità di sedimentazione del sangue malarico. — C. MINERBI. Il riflesso oncopleurico. — M. BALSAMO. Sul cosidetto «drenaggio».

Edinb. Med. Journ., lug. — M. R. GRIBBON. Fattori che modificano la nutrizione nei bambini.

Rev. Med. del Uruguay, mag. — PRAT. Il periodo preoperatorio.

Boston Med. a. Surg. Journ., 22 giu. E. P. Joslin. Il trattamento del diabete mellito.

Presse Méd., 1 lug. — P. EMIL-WEIL, BOCACE e ISCE-WALL. La sindrome d'insufficienza emoclasica del fegato.

Münch. Mediz. Wochens., 30 giu. — R. DEGKWITZ. Il problema della scarlattina.

Mediz. Klinik, 2 lug. — UMBER. Pericolo dello scorbuto per le popolazioni delle grandi città. — L. BOCHARDT. Il problema della costituzione in medicina clinica.

Deutsche Mediz. Wochens., 30 giu — E. FREY Narcosi muscolare. — J. BAUER. Il problema della stanchezza.

Paris Méd., 8 lug. — C. ACHARD. Avvelenamento da sublimato. — MONZON. Le sindromi ipofisarie. — LEVI-VALENTI. I riflessi nella localizzazione delle lesioni midollari.

Riforma Med., 10 lug. — J. TANSINI. Stomaco a clessidra con ulcera in atto; nuovo processo operativo di cura radicale. — F. BERGOLLI. Elementi prognostici del tifo.

ARCHIVI.

Acta Medica Scandinava, 31 mag. — G. SÖDERBERGH. La reazione miodiostonica. — C. SONNE. Il lattato ferrico e i ferruginosi organici.

Arch. p. le Sc. Med., 5-6. — J. NAGEOTTI. Genesi della sostanza connettiva nell'«innesto morto». — E. E. FRANCO. Anatomia patologica della leishmaniosi cutaneo-mucosa od americana. — E. RAVENNA. Endocardite da carbonchio sintomatico e endocardite tossica sperimentale. — G. SALVAGNINI ed E. PESERICO. Il «tempo di coagulazione» del siero di sangue nelle ipertermie sperimentali. — L. CONTI. Particolare forma di emoglobinuria parossistica. — L. TORRACA. Azione necrotizzante delle matite copiative e di alcuni colori di anilina. — F. SPECIALE. Innesti nel fegato di frammenti di linfoglandole precedentemente fissati.

Brit. Journ. of Children's Diseases, apr.-giu. — J. POYNTON, H. THURSFIELD e D. PATERSON. Le malattie gravi del sangue nell'infanzia. — R. HUTCHISON. Aneurisma del Ductus arteriosus.

Arch. di Patol. e Clin. Med., giu. — A. VARISCO. Patogenesi del versamento pleurico destro nei cardiopatici. — A. GASBARRINI. Encefalite epidemica. — L. LENAZ. L'equilibrio chimico-fisico del sangue. — A. MUGGIA. Ricambio calcareo e clorurato nel soggetto normale e nel tubercolotico. — G. AIELLO. Ricerche sulla milza in rapporto alla malattia di Gaucher. — E. GIANI. Il benzoato di benzile e il suo uso terapeutico.

Radiologia Med., lug. — A. CELADA. Radioterapia dei linfomi tubercolari.

Archives of Radiology, giu. — G. T. HEBERT e C. GOULDESBROUGH. Tubercolosi ilare.

Annales de Méd., mag. — CESTAN e RISER. Intensità della Wassermann nel liquido c.-r. — F. BEZANÇON, S. I. DE JONG e A. JACQUELIN. La dispnea dei cardiorenali.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. **L. Pozzi, ed. resp.**

ANNO XXIX Roma, 25 Settembre 1922 Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

Sulla genesi e sulla divisione delle varie forme della tubercolosi polmonare.

Lezione del prof. ETTORE MARCHIAFAVA raccolta dall'assistente dott. LUIGI SCHIBONI.

Nelle dimostrazioni dell'anno scolastico ora trascorso abbiamo avuto l'opportunità come negli anni decorsi di osservare non pochi casi di tubercolosi polmonare e possiamo dire, con soddisfazione per la vostra istruzione, di averne vedute le forme principali e i varî tipi. Ora a me sembra opportuno riassumere oggi le osservazioni e le considerazioni già fatte, più utili a ricordarsi, specialmente intorno alla genesi della tubercolosi e della tisi polmonare e alla divisione delle varie forme della stessa.

Intorno alla patogenesi della tubercolosi polmonare si è molto studiato con l'osservazione e con l'esperienza. Gli atti per altro non sono ancora chiusi e la prova è data dal fatto che negli ultimi anni, dopo l'introduzione di quel prezioso mezzo d'indagine diagnostica, che sono i raggi X, si giudicò da alcuni come una grande conquista la pretesa dimostrazione che la tubercolosi polmonare in tutte le età fosse nella maggior parte dei casi la conseguenza della diffusione del processo tubercolare delle glandole linfatiche degl'ili polmonari. Nella edizione del 1914 del notissimo *Trattato di Patologia Speciale Medica* di A. Strumpell è scritto che le ricerche rontgenologiche hanno dimostrato il fatto importante che, per lo meno in molti casi di tubercolosi polmonale apicale, le glandole peribronchiali ammalano primamente e da queste si dipartono cordoni visibili ai raggi X, verosimilmente linfangioiti tubercolari verso uno o ambedue gli apici polmonali, ove l'infezione tubercolare continua e si estende ulteriormente. Anche in Italia alcuni medici, particolarmente cultori di radiologia, che si sono occupati della tubercolosi durante la guerra, ritennero come un grande progresso l'avere riconosciuto, per le nuove ricerche, che la tubercolosi polmonare, anche negli adulti, è una continuazione della tubercolosi delle glandole peribronchiali degl'ili dei polmoni onde l'accertamento della vera genesi della tisi polmonare. Non v'è dubbio che una vera conquista ed un reale progresso si sarebbe dovuto considerare l'accertamento di questa genesi della tisi polmonale, se corrispondesse alla realtà.

Quando io lessi le memorie intorno a questo argomento e intesi a parlare delle nuove osservazioni all'esame dei raggi X e delle induzioni che se ne traevano, pensai se l'anatomia patologica non ci avesse mal guidato, se le osservazioni fatte fino allora fossero state erronee o non corrette le interpretazioni. E così negli ultimi anni del mio esercizio anatomo-patologico ho osservato con particolare attenzione nelle autopsie dei casi di tisi polmonare negli adulti, le condizioni delle glandole linfatiche degl'ili polmonari e di quelle peritracheali e mediastiniche. Ora da questo non breve periodo di esame è risultata la completa conferma di ciò che si sapeva: cioè, che le glandole linfatiche peribronchiali nelle tisi polmonari degli adulti, anche le più estese e le più distruttive, acute e croniche, sono di regola libere da alterazioni tubercolari croniche caseose; che non si vedono travate linfangioitiche tubercolari dipartirsi dalle glandole e percorrere i polmoni fino agli apici e che manchi quindi qualsiasi dato anatomico, onde risulti che la tubercolosi dei polmoni sia secondaria alla tubercolosi delle glandole linfatiche ilari. Ho detto che nelle glandole linfatiche ilari mancano alterazioni tubercolari croniche caseose, perchè l'esame istologico di dette glandole linfatiche dimostra spesso la presenza di tubercoli migliari con la struttura caratteristica, secondari certamente alla tisi polmonale per la via dei linfatici. Ciò dimostra che le vie linfatiche nella tisi polmonare non sono completamente obliterate e permettono il trasporto della infezione dai polmoni alle glandole linfatiche delle stazioni vicine. Occorrono per altro nei giovani non frequenti casi di tisi polmonare secondari certamente alla tubercolosi delle glandole linfatiche degl'ili polmonari, come avviene nella infanzia e nella fanciullezza. Tale diffusione dalle glandole ai polmoni può avvenire in due modi: o il processo tubercolare, superate le barriere capsulari delle glandole, invade il tessuto polmonale nella regione dell'ilo e si continua più o meno profondamente provocando spesso una vera polmonite caseosa e, in seguito, nodi di polmonite disseminata del polmone invaso e anche nell'altro polmone; ovvero il processo tubercolare invade le pareti di un grosso bronco o di più diramazioni bronchiali, onde la penetrazione, il versamento delle masse caseose rammollite nel loro lume e la formazione dei nodi di broncopolmonite ulcerosa da aspirazione specialmente nelle parti inferiori del polmone. Senonchè in ambedue i casi non si osservano cordoni linfangioitici tubercolari che, dall'ilo irraggiano nell'interno del polmone, anzi nel primo caso quando il processo tubercolare invade direttamente il parenchima polmonare, si ha come un grosso nodo tubercolare perilare, talora con una vasta caverna centrale nelle cui pareti possono facilmente formarsi aneurismi, onde procedono emorragie letali.

Nelle prime età e nella fanciullezza la tubercolosi delle glandole linfatiche peribronchiali è invece la regola; molto spesso con il nodulo tubercolare del polmone corrispondente alle glandole ilari tubercolari. Questo nodulo tubercolare polmonare, non apicale ma nelle parti posteriori ed inferiori dei lobi superiore od inferiore, spesso sottopleurico, è costituito, come risulta dalle osservazioni di parecchi autori e pur da quelle che voi avete fatto insieme con me in questo anno scolastico, da una massa caseosa centrale nella quale si conserva in molta parte il tessuto elastico degli alveoli, dei bronchi e dei vasi sanguigni, d'attorno alla quale è una zona di tessuto di granulazione vascolarizzato, con tubercoli tipici e numerose cellule giganti. I tubercoli che si trovano alla periferia sono divisi da tessuto polmonare con notevole infiltrazione delle pareti degli alveoli dei quali molti sono rivestiti da epitelio cubico. Alla periferia del nodo caseoso è manifesto un broncheolo del diametro di 1 mm. e anche più, la cui parete, in tutto o in parte, è invasa dal tessuto tubercolare, che occupa, in parte o in tutto, il lume del broncheolo il quale, quando non tutto invaso, mostra la parte della parete normale rivestita da epitelio cilindrico. In alcune vene circostanti si vedono tubercoli sporgenti nel lume del vaso. Lontano dal nodo tubercolare, con la parte centrale caseosa, lungo i bronchi e i vasi sanguigni sono tubercoli che designano la via di diffusione della tubercolosi dal polmone alle glandole linfatiche. La struttura del nodulo tubercolare primitivo del polmone con la costante tubercolosi dei broncheoli ne dimostra la genesi aerogena.

La tubercolosi caseosa delle glandole linfatiche peribronchiali non è per altro eccezionale negli adulti e vedesi anche nei vecchi o sola o insieme alla tubercolosi caseosa delle glandole linfatiche del collo. Questa tubercolosi caseosa delle glandole linfatiche può guarire senza diffondersi ulteriormente come dimostrano i casi di tubercolosi caseosa calcificata di una o più glandola linfatiche ilari con la calcificazione del corrispondente nodicino tubercolare del polmone; ma può diffondersi, come si è detto, ai polmoni e, penetrando nei vasi

sanguigni ovvero nel condotto toracico, dare luogo alla tubercolosi miliare spesso con meningite tubercolare. Nei casi per altro non frequenti di tisi polmonare ulcerosa nel primo anno di vita, se le glandole linfatiche ilari sono tubercolose, con degenerazione caseosa, non si può sempre dimostrare che da queste glandole il processo tubercolare si sia diffuso nei polmoni; cioè sia ritornato nei polmoni. Nei lattanti si tratta infatti di tisi polmonare con vaste caverne più spesso nei lobi inferiori e con nodi disseminati di broncopolmonite, nella quale le glandole ilari sono invase dalla tubercolosi caseosa non però invadente i bronchi e il parenchima polmonare, ma concomitante la tubercolosi polmonale ed a questa secondaria; questi casi occorrono di frequente in bambini di genitori tubercolosi e più di madri tubercolose, che li allattano. Nella nostra scuola di anatomia patologica sono stati illustrati parecchi casi di tisi polmonare nei bambini e due in questo anno in bambini lattanti, uno di 4 mesi figlio di madre tubercolosa, l'altro di 7 mesi di padre con tubercolosi polmonare. In ambedue i casi si trovò un'ampia caverna nel lobo inferiore del polmone destro e nodi di broncopolmonite tubercolare nel lobo superiore dello stesso polmone e nel polmone sinistro con tubercolosi caseosa delle glandole linfatiche peribronchiali. Inoltre si trovarono alterazioni tubercolari recenti e tubercolosi caseosa delle glandole linfatiche del mesenterio e nodi tubercolari nella milza. In questi casi e in altri consimili è probabile che la infezione sia penetrata nei piccoli organismi, oltre che per la via aerea, anche per la via digerente.

Durante la guerra e dopo, i casi di tubercolosi polmonare nei bambini, anche lattanti, sembrarono più frequenti e il collega prof. Luzzatti della nostra Clinica Pediatrica mi scriveva nel 1917: «Ho l'impressione, secondo la statistica del mio riparto, che la tisi polmonare dei lattanti sia ora in aumento».

Concludiamo adunque che nella genesi della tisi polmonale degli adulti, dimostrata erronea, nella maggior parte dei casi, l'origine dalla tubercolosi dalle glandole linfatiche ilari, rimangono la genesi aerogena, ovvero la ematogena p. e. da una spondilite tubercolare o da una tubercolosi dell'apparecchio genitourinario, o dalla tubercolosi delle capsule surrenali.

Si afferma oggi che la tubercolosi polmonare sia sempre secondaria a tubercolosi di altre parti del corpo, quindi ematogena e rappresenti il terzo stadio della infezione tubercolare. Ma se nella tisi polmonale degli adulti occorrono spesso casi nei quali si trovano alterazioni tubercolari antiche, se ne osservano altri nei quali invano si ricercano alterazioni tubercolari nelle glandole linfatiche o in altri organi da ritenersi preesistenti alla tisi polmonare. Così nell'ultimo caso osservato di tisi polmonare acuta, a forma pneumonica, in una donna di 36 anni, con vaste caverne in ambedue i polmoni, non si trovò alcuna localizzazione tubercolare caseosa nelle glandole linfatiche peribronchiali, peritracheali, mediastiniche, cervicali, mesenteriche o in altri organi fatta eccezione di ulceri tubercolari recenti negli intestini. Lo stesso fatto occorre di osservare in quei casi di tisi ulcerosa a decorso rapido nel diabete grave giovanile.

***

È nota da secoli la varietà della sindrome, del decorso, della durata della tubercolosi polmonare. La clinica e l'anatomia patologica hanno distinto la tubercolosi polmonare in varie forme, in vari gruppi, secondo criteri differenti: cioè, la durata, la forma anatomica, le sindromi predominanti. Senza ripetere le varie numerose classificazioni esposte anche recentemente, è sembrato a me che di utilità per il medico e anche per l'anatomo-patologico sia la divisione in tre gruppi; secondo la durata, l'estensione, la qualità del processo anatomico: la durata di settimane, di mesi, di anni, di decenni; la estensione, che ha grande importanza perchè si può avere una tisi ulcerosa circoscritta della durata di anni e una infiltrazione pneumonica tubercolare diffusa, senza ulcerazioni, di decorso acuto o subacuto; la qualità del processo predominante: produttivo tubercolare, essudativo, sclerotico.

Farò una breve illustrazione di questi vari gruppi.

I. *Tubercolosi acuta, rapidamente progressiva, galoppante, florida, subacuta.*

La durata è di settimane o di mesi. Si distinguono le seguenti forme:

1) *Tubercolosi miliare*: più frequente nella fanciullezza e nella gioventù ma che si osserva pure nell'età avanzata e nella vecchiezza. Così recentemente furono illustrati nella scuola due casi di tubercolosi miliare dei polmoni; il primo in un uomo di 78 anni per diffusione della tubercolosi dalle glandole linfatiche retroperitoneali alla grande cisterna linfatica; il secondo in un uomo di 67 anni per diffusione di una tubercolosi genitale alle glandole linfatiche re-

troperitoneali e da queste alla grande cisterna linfatica e alla parte inferiore del condotto toracico. L'origine della tubercolosi miliare polmonare è poco frequente dalla tubercolosi polmonare, mentre è assai più frequente dalla tubercolosi delle glandole linfatiche. La penetrazione della infezione nel torrente circolatorio avviene direttamente per le vene o per il condotto toracico. Non sono rari i casi di tubercolosi miliare dei polmoni da diffusione della tubercolosi pleurica destra al condotto toracico. Il decorso può essere acuto o subacuto.

Nelle forme di tubercolosi polmonare a decorso subacuto si trovano i polmoni gremiti di tubercoli di varia grandezza di varia età; quelli delle parti superiori più grandi caseosi e anche con rammollimento nel centro. Questi si rivelano all'esame microscopico come nodicini confluenti di broncopolmonite con accumuli di grosse cellule epitelioidi nell'interno degli alveoli e con degenerazione caseosa centrale. Senonchè nello studio istologico della tubercolosi miliare occorre di vedere che talora i tubercoli grigi miliarici o submiliarici hanno la struttura non del tubercolo tipico ma di una polmonite miliare; cioè si vede che questi nodicini miliarici pneumonici sono spesso d'attorno alla parete di un vaso sanguigno con infiltrazione linfocitaria e sono formati da due, tre o più alveoli nell'interno dei quali sono le cellule epitelioidi con le pareti infiltrate di linfociti e delle stesse grosse cellule.

La varia età dei tubercoli nei polmoni dimostra che avvennero invasioni bacillari successive.

2) *La polmonite tubercolare o broncopolmonite tubercolare;* la quale si distingue, secondo la estensione, nella forma *lobare* o *pseudolobare* e nella forma *disseminata.*

a) *La polmonite tubercolare lobare o pseudolobare;* lobare per la estensione, pseudolobare perchè spesso risulta dalla confluenza di nodi broncopneumonici, caseosa per l'esito frequente in degenerazione caseosa; detta anche desquammativa, a grosse cellule, per la qualità del contenuto alveolare; gelatiniforme per l'aspetto frequente del tessuto polmonare al primo stadio. Tale infiltrazione pneumonica, con esito in necrosi caseosa, invade a guisa della polmonite fibrinosa uno o più lobi polmonari. Il lobo o i lobi polmonari invasi hanno l'aspetto roseo grigio splendente gelatiniforme con superficie liscia o appena granulosa; la degenerazione caseosa è più o meno estesa e talora estesa o quasi tutto un lobo polmonare.

Grandi zone caseose resistenti possono vedersi sequestrate e circondate da un rammollimento delimitante. Il carattere istologico dominante in queste polmoniti tubercolari è la presenza entro le cavità alveolari infundibolari e bronchiolari di accumoli densi e compatti di grosse cellule rotonde, con protoplasma abbondante, con nucleo piccolo che si colora intensamente ed è spesso situato alla periferia protoplasmatica. Tali cumuli cellulari si vedono spesso dipartirsi dalle pareti alveolari o infundibolari dalla parte della zona caseosa e formare gettoni che si protendono nell'interno degli alveoli fino a toccare la parete opposta o nell'interno degl'ifundiboli diivdendosi negli alveoli che ne dipendono. Nell'interno del protoplasma di tali cellule si formano vacuoli onde il rigonfiamento talora notabile delle stesse o avviene la deposizione di gocciole grassose, onde la punteggiatura arancione di alcune parti del lobo infiltrato. Sulla genesi di queste grosse cellule, delle quali in questa forma di tubercolosi sono sovrempiti gli spazi aerei del polmone, si è discusso molto. Io credo che non si debba escludere la origine epiteliale perchè nei preparati si vede talora la periferia degli alveoli rivestita da strati di cellule epiteliali cubiche dalle quali sembra di poter seguire un passaggio graduale alle cellule dell'interdegli alveoli. Le parete degli alevoli sono spesso fittamente infiltrate di linfociti e delle stesse grosse cellule del contenuto alveolare e i loro vasellini sanguigni si dimostrano non pervi alle iniezioni artificiali e in degenerazione ialina. Fra gli elementi cellulari epitelioidi endoalveolari si trovano spesso linfociti e leucociti polinucleati, con scarso reticolo fibrinoso.

Il decorso clinico può rassomigliare nell'inizio a quello della polmonite fibrinosa acuta e può manifestarsi pur senza prodromi nell'apparente benessere. Il decorso con febbre alta a vario tipo, con stato settico, con abbondanti fibre elastiche negli sputi, non è lungo e l'esito molto spesso letale. Occorrono per altro casi di risoluzione: casi, cioè, con inizio pneumonico nei quali si può seguire la lenta graduale scomparsa della infiltrazione fino alla permanenza di zone sclerotiche più o meno estese e con maggior frequenza apicali. Nei casi di risoluzione bisogna considerare due fatti: che la risoluzione avvenga in quel primo stadio della infiltrazione gelatiniforme, quando gli alveoli sono ripieni di essudato albuminoso con cellule epiteliodi, linfociti e leucociti, senza infiltrazione delle pareti, onde la libertà della circolazione sanguigna e linfatica e che la causa ne siano, come già fu ammesso da al-

cuni patologi, le tossine di azione flogogena dai bacilli tubercolari concentrati dattorno alle zone caseose.

b) *La forma disseminata della tubercolosi acuta broncopneumonica* si distingue in una forma broncopneumonica *nodosa* e in una forma *ulcerosa*.

Nella forma disseminata *nodosa* si trovano nei polmoni nodi caseosi broncopneumonici e peribronchiali, in vario numero, sparsi nel tessuto polmonale, di varia grandezza, talora come nodicini grigi a forma di grappoli o di foglie di trifoglio rivelati all'esame microscopico come broncopolmoniti caseose della stessa struttura delle forme lobari. Attorno al nodo caseoso, nel quale si ravvisano i bronchi e le arterie obliterate e degenerati e il disegno degli alveoli per le conservate fibre elastiche si vede uno strato sottile di tessuto di granulazione con entro tubercoli e poi uno strato di polmonite dequammativa con infiltrazione delle pareti alevolari digradanti alla periferia nela polmonite di aspetto gelatiniforme.

Nela forma disseminata *ulcerosa* i nodi di broncopolmonite sparsi nei polmoni rammolliti, contengono nel centro una sostanza puriforme con detriti caseosi o sono convertiti in piccole cavernule a pareti ineguali circondate da una zona caseosa. Si vedono casi di tisi ulcerosa disseminata in uno o ambedue i polmoni nei quali fra i nodi caseosi rammoliti il tessuto polmonare non è semplicemente congestionato ed edematoso ma con epatizzazione grigio gelatinosa. È questa una forma disseminata divenuta pseudolobare.

In queste forme disseminate, che rappresentano stadi dello stesso processo, si trovano spesso alterazioni tubercolari antiche circoscritte, anche cavernule circondate da tessuto sclerotico comunicanti con i bronchi, onde vengono quelle pneumorragie che talora iniziano brutalmente le forme galoppanti della tisi polmonare per la disseminazione nei polmoni dei germi della tubercolosi. Infine si hanno casi di tisi polmonare acuta ulcerosa con tubercolosi glandolare calcificata o nelle glandole linfatiche toraciche o nelle meseraiche o in ambedue. In questi casi esiste la prova anatomica che si è svolto in antecedenza un processo tubercolare il quale si è estinto come dimostrano le calcificazioni glandolari. Eppure non si è provocata nell'organismo alcuna immunità antitubercolare, alcun aumento della resistenza alla infezione, come è chiaramente provato dalla tisi tubercolare maligna che si è sviluppata in seguito!

Si ritiene che molto spesso nella tisi ulcerosa avvengono associazioni di altri microrganismi a quello tubercolare. Ora se ciò avviene in molti casi, occorre pure di vederne altri, nei quali l'esame della poltiglia dei nodi rammolliti e del contenuto delle cavernule ha dimostrato soltanto una miriade di bacilli tubercolari senza altri microrganismi.

Nella tisi acuta polmonare sono i processi produttivi tubercolari, neoformazioni del tessuto di granulazione tubercolare sotto forma di tubercoli o d'infiltrati e i processi essudativi che dominano la forma anatomica. La neoformazione del tessuto connettivo nel senso di reazioni di difesa, di riparazione per arrestare e soffocare il processo tubercolare manca o è appena iniziato. Nella polmonite tubercolare se sono manifesti i fatti essudativi sieroalbuminosi, fibrinosi e leucocitari, prevalgono i produttivi acuti tubercolari perchè è certamente un processo produttivo la epatizzazione a grandi cellule di origine epiteliale o mesenchimale. Alla periferia dei distretti caseosi e anche nell'interno di questi si riconosce frequentemente nelle arteriole un restringimento fino all'obliterazione del lume provocato da una endoarterite obliterante senza struttura tubercolare. Questa endoarterite obliterante nei processi tubercolari era stata descritta da me nel 1876.

Come già si è detto, le glandole linfatiche ilari quasi sempre sono libere di processi tubercolari caseosi o vi si ritrovano all'esame microscopico tubercoli miliarici.

La tisi polmonare acuta può manifestarsi tale fin dall'inizio o rappresentare uno stadio terminale di una tisi cronica. Ma anche nelle prime sono spesso evidenti alterazioni tubercolari croniche latenti, onde l'impressione clinica che sia primitiva. È però importante notarsi, d'accordo con ciò che abbiamo detto, che le alterazioni croniche tubercolari negli adulti non sono nelle ghiandole linfatiche ilari, le quali anche in tisi ulcerosa bilaterale si presentano libere, come si è detto, da tubercolosi caseosa.

II. — *Tubercolosi polmonare cronica.*

La tubercolosi polmonare cronica si trova in un solo polmone o in ambedue in uno più estesa e più avanzata che nell'altro, onde la frequente indicazione della cura del pneumotorace artificiale. La lesione digrada dagli apici alle regioni sottostanti e nelle inferiori, spesso con caverne, le quali possono trovarsi in un solo polmone, mentre nell'altro la tubercolosi anche estesa a tutto un lobo non ha

provocato la formazione delle caverne. Nelle sezioni di un polmone tubercoloso a decorso cronico, dall'apice alla base si riconosce il decorso del processo dalle parti superiori alle inferiori, degli arresti, delle riprese, della diffusione e delle ultime eruzioni recenti nelle regioni inferiori.

La estensione può essere varia, apicale, lobare, plurilobare e anche disseminata. Questa forma disseminata nodosa peribronchiale perivascolare per diffusione del virus tubercolare lungo i vasi linfatici decorrenti d'attorno ai bronchi ed ai vasi sanguigni, senza ulcerazioni non è rara nei vecchi con enfisema polmonare. Si è creduto ad un antagonismo fra enfisema e tubercolosi, ma occorrono casi non rari di questa complicazione. Lo stesso deve dirsi dell'antagonismo fra tubercolosi e vizi organici del cuore sinistro, specialmente la stenosi mitralica, ai quali, sebbene raramente, possono complicarsi processi tubercolari nei polmoni.

Occorrono forme di tisi cronica circoscritta, ulcerosa o sclerotica. Queste si vedono in soggetti morti di malattie intercorrenti. Così in una donna di 35 anni morta di polmonite grippale, sofferente di tosse con espettorazione e di emoptoe da otto anni, si trovò una caverna grande quanto una noce comunicante largamente con i bronchi circondata da tessuto sclerotico e da pleurite callosa circoscritta alla estensione dalla caverna contenente una sostanza cremosa con bacilli tubercolari, senza tubercolosi delle ghiandole peribronchiali e di altri organi.

Non sono rare le tisi polmonari croniche bilaterali nelle quali i lobi superiori in estensione varia sono infiltrati di nodicini caseosi, ravvicinati di struttura acinosa, circondati da tessuto connettivo sclerotico, nel quale e oltre il quale possono vedersi i tubercoli con la struttura caratteristica separati da tessuto polmonare variamente alterato, pigmentato, atelectasico, con alveoli rivestiti da epitelio cubico, o contenenti vario numero di cellule grandi epitelioidi o invasi in tutto o in parte da una neoformazione connettivale o da tessuto tubercolare con cellule giganti. Intorno ai nodi caseofibrosi si vedono talora nodicini linfatici, formati cioè da soli linfociti, nell'interno dei quali occorre spesso di vedere alveoli con epitelio cubico. In queste forme si trovano caverne di varia grandezza in ambedue i polmoni o in un solo.

Mentre nelle tisi acute si ha il dominio dei processi di neoformazione del tessuto di granulazione tubercolare e di essudazione, nelle tisi croniche si ha una unione, una mescolanza, un ingranaggio di processi produttivi tubercolari e di neoformazioni connettivali sclerotiche, cui si aggiungono anche gli essudativi circoscritti. Nel tessuto di granulazione tubercolare si ha la necrosi caseosa e il rammollimento con formazione di caverne; ma d'attorno ai nodi caseosi e alle caverne avviene la neoformazione connettivale sclerotica e negli stessi tubercoli si ha la trasformazione fibrosa prima e dopo la caseificazione. Senonchè nel tessuto connettivo, che attornia i nodi caseosi o caseofibrosi si formano nodicini tubercolari onde il noto aspetto moriforme, che dimostra che i bacilli tubercolari hanno superato la barriera connettivale e provocato la formazione del tessuto tubercolare. D'attorno ai nodi tubercolari la neoformazione connettivale può avere la forma della polmonite fibrosa obliterante; cioè, la neoformazione connettivale non comprime ma invade gli spazi alveolari ed infundibulari come avviene nell'esito in indurimento della polmonite acuta fibrinosa.

Come si è detto nella tisi polmonale acuta, anche nella tisi polmonale cronica le glandole linfatiche peribronchiali ilari non presentano di regola alterazioni tubercolari croniche caseose e sono più o meno fortemente antracotiche, sebbene l'indagine microscopica possa rivelare la presenza di tubercoli miliarici certamente secondari alla tubercolosi polmonare. La tisi polmonare cronica ha un decorso di anni con alternative di miglioramenti e di peggioramenti, di tregue e di riprese per terminare con esito letale dopo una diffusione spesso rapida del processo nelle parti inferiori dei polmoni.

III. — *Tubercolosi polmonare cronicissima.*

In questa forma delle tubercolosi polmonare dette anche tisi *fibrosa, sclerotica* o, non correttamente, *cirrotica*, che può essere, come la cronica unilaterale o bilaterale, più spesso unilaterale e di varia estensione, il parenchima polmonare è convertito in un tessuto di aspetto grigio più o meno pigmentato, antracotico, resistente, entro il quale sono nodi caseosi e anche cavernule e caverne. La forma circoscritta è quasi sempre apicale, unilaterale o bilaterale. In altri casi l'indurimento è diffuso ad un lobo e anche a tutto un polmone, nel quale si vedono disseminate zone caseose compatte, talora calcificate e anche caverne di varia grandezza a pareti dure a superficie liscia comunicanti con i bronchi ectasici. Il polmone è fissato alla parete toracica per la pleura viscerale aderente alla parietale e formanti uno strato di uno spessore spesso

considerevole (pleurite cronica callosa). L'esame microscopico rivela che il fatto predominante è la neformazione di un tessuto connettivo fibroso sclerotico perivascolare, peribronchiale e anche endobronchiare ed endoalveolare. Gli alveoli, rimasti come imprigionati entro il connettivo, se non compressi e atelectasici, si presentano come cavità di varia grandezza rivestiti di epitelio cubico e, quando se ne vedono parecchi ravvicinati, si ha l'impressione di una struttura adenomatosa. Nel tessuto connettivo, specialmente in prossimità delle zone caseose, si trovano tubercoli miliarici con le caratteristiche cellule giganti. Senonchè il tessuto di granulazione tubercolare è sempre scarso di fronte al tessuto sclerotico connettivale in analogia con ciò che avviene nei cancri scirrosi o fibrosi nei quali avviene talora che anche nell'esame microscopico si debba ricercare lungamente prima di svelare la natura cancerosa, perchè il tessuto connettivo domina e quasi soffoca il tessuto epiteliale. Inoltre la trasformazione fibrosa dei tubercoli avviene frequentemente. La neoformazione connettivale in questi casi non può considerarsi come un semplice processo reattivo ma come provocata dal virus tubercolare, il quale con la sua tossina specifica esercita un'azione sclerogena sopra il tessuto polmonare come un'altra tossina nella tisi acuta spiega azione provocatrice della infiltrazione gelatiniforme. La natura tubercolare del tessuto è provata meno dalla presenza dei bacilli o dei tubercoli perchè possono non trovarsi, quanto dalla riproduzione della tubercolosi con la introduzione di frammenti del tessuto polmonare sclerotico nella cavità peritoneale delle cavie.

Nella tisi fibrosa dei polmoni la durata della malattia è di solito assai lunga: di molti anni e anche di decenni. Gli ammalati hanno spesso aspetto normale; in condizioni di nutrizione e di sanguificazione buone; mancano i sintomi della intossicazione, non febbricitano o soltanto a periodi e di breve durata; hanno normali l'appetito e le funzioni digerenti e possono attendere al loro lavoro. Se non che sono spesso affannati nell'esercizio, hanno tosse ed espettorazione mattutine, nella quale non sempre si trovano bacilli tubercolari e vanno soggetti a frequente emoptoe provocata non di rado da strapazzi fisici, ma che possono sopravvenire pur nell'esercizio abituale in maniera inopinata, Tali emorragie procedono verosimilmente, come ritiene Sokolowsky, dalla rottura di vasi sanguigni ectasici decorrenti nelle pareti delle caverne o dalla mucosa fungosa telangectasica dei bronchi dilatati. Nella tisi fibrosa unilaterale diffusa si accompagnano la retrazione evidente e la poca mobilità della parte corrispondente del torace, con ristringimento degli spazi intercostali e spostamento del cuore e dei grandi vasi dalla parte del polmone con tisi fibrosa. Recentemente ho riveduto un uomo di oltre 50 anni affetto di tisi fibrosa destra che io aveva visitato 14 anni or sono, soggetto ad emoptoe specialmente nell'autunno e nella primavera e che può attendere senza incomodo all'esercizio della sua professione d'ingegnere. Alle alterazioni descritte si aggiungono enfisema nelle parti non fibrose del polmone specialmente nei margini anteriori, bronchiectasia e arterite obliterante nelle piccole diramazioni dell'arteria polmonare. Le persone affette da tisi fibrosa possono diffondere la loro malattia nelle famiglie e talora sopravvivono a coloro, cui l'hanno trasmessa. Così mentre vi sono madri consapevoli della natura della loro malattia e delle norme da seguirsi per non diffonderla, le quali vedono i loro figli, pur generati quando esse avevano già la tubercolosi, crescere sani e anche forti; vi sono altre madri con tubercolosi cronicissima che sopravvivono per anni alla morte dei figli che non hanno saputo o potuto preservare dal contagio. Nella tisi fibrosa con o senza caverne a lungo decorso, con enfisema polmonare e pleurite sclerotica si può manifestare una ipertrofia del ventricolo destro e verificarsi l'esito letale con una sindrome d'insufficienza o d'iposistolia del cuore destro; cioè edemi dell'estremit inferiori, cianosi, congestione passiva del fegato, della milza, dei reni.

Fra i casi di tisi cronicissima da me veduti ricordo quello di una signora nella quale riconobbi la malattia tubercolare dei polmoni or sono già 25 anni durante una prima gravidanza seguita da parto normale. Dopo due anni si ebbe un secondo parto. Ora la malata presenta i caratteri di una sclerosi del lobo superiore destro con tosse ed espettorazione mattutina, con rare emoptoe in condizioni generali buone. I due figli, cresciuti nelle migliori condizioni igieniche, sono sani.

Riassumendo le cose dette: la divisione della tubercolosi polmonare potrebbe essere la seguente:

I. Tubercolosi acuta e subacuta; durata di settimane e di mesi.

1. Tubercolosi miliare ematogena, direttamente dai vasi sanguigni o indirettamente dal

condotto toracico; originata da tubercolosi cronica di altri organi specialmente delle glandole linfatiche.

2. Polmonite tubercolare caseosa:

a) Lobare o pseudolobare, talora ad inizio pneumonico con esito in tisi ulcerosa, raramente in risoluzione;

b) Disseminata broncopneumonica: nodosa, ulcerosa e mista.

Nella tubercolosi acuta e subacuta sono dominanti i processi produttivi del tessuto di granulazione tubercolare nodulare o diffuso; nei quali rientra la proliferazione epitelioide endoalveolare. A questi processi produttivi si aggiungono in vario grado gli essudativi.

II. Tubercolosi cronica; durata di anni; varia estensione; unilaterale; bilaterale, con predominio in un polmone; apicale; lobare; disseminata; indurativa; ulcerativa; mista.

Nella tubercolosi o tisi cronica si ha una mescolanza, un ingranaggio di processi tubercolari produttivi ed essudativi con tendenza alla trasformazione fibrosa e di neoformazione di tessuto connettivo sclerotico, che ritarda ed arresta il progredire del processo tubercolare.

III. Tubercolosi cronicissima; decorso di molti anni e anche di decenni; varia estensione come nella tubercolosi cronica. In questa forma il fatto anatomico dominante è la neoformazione di tessuto connettivo sclerotico nel quale sono tubercoli con frequente neoformazione fibrosa e possono trovarsi caverne. Una complicazione dela tisli cronicissima è la ipertrofia del ventricolo destro.

***

Di tutte le varie forme di tubercolosi polmonare è sempre il bacillo tubercolare la vera causa; pure esistendo i fattori endogeni individuali e i fattori socali, che agevolano lo sviluppo e modificano il decorso della malattia. Ma perchè lo stesso bacillo ora provoca forme acute rapidamente distruttive, ora forme croniche che durano anni, ora forme cronicissime che possono durare diecine di anni? La soluzione del problema deve essere cercato nel contagio tubercolare (qualità, grado di virulenza, quantità, origine) e nel fattore endogeno dell'organismo, nella disposizione somatica. Senza entrare nella disamina dell'argomento mi limiterò a riferire alcuni fatti.

Nella tubercolosi polmonare del bambino lattante, figlio di madre tubercolosa o di padre tubercoloso convivente si ha il decorso della tisi rapidamente ulcerosa. In tali casi sono da considerarsi l'eredità della predisposizione e la penetrazione quasi continua di bacilli tubercolari nel piccolo organismo: l'infezione *massiva* in soggetto vergine d'infezione, come suol dirsi oggi. Quando non vi siano le condizioni accennate la infezione si limita a provocare il nodicino tubercolare polmonare onde la diffusione alle glandole linfatiche regionali con esito non raro in guarigione.

L'importanza dell'organismo con il vario grado delle sue reazioni di difesa, del suo comportamento immunitario biologico è dimostrata dal vario andamento della malattia secondo l'età, secondo alcune condizioni fisiologiche come la gravidanza e l'allattamento, secondo alcune condizioni morbose come il diabete, l'alcoolismo e da quei casi di tubercolosi polmonare famigliari nei quali, come si è accennato, si vedono madri tisiche da anni che contagiano i figli che muoiono di tubercolosi polmonare mentre le madri onde è venuto il contagio continuano a sopravvivere per molti anni. Ora se in questi casi la infezione, come tutto fa credere, fu trasmessa dalla madre se ne deve indurre che lo stesso bacillo provocatore di tisi cronicissima nella madre provocò una tubercolosi a decorso relativamente rapido nei figli. Ciò del resto si avvera anche in altre malattie infettive, come nel vaiolo nel quale si vede una forma benigna trasmettere forme maligne della stessa malattia.

Un altro argomento nel quale è interessata anche l'anatomia patologica della tubercolosi è la sua guaribilità. La tubercolosi polmonale può certamente guarire. Le prove anatomiche della guaribilità della tubercolosi sono frequenti ad incontrarsi e voi le avete vedute più volte: le sclerosi apicali con o senza nodi caseosi compatti e calcificati, talora con bronchiectasia postubercolare; le calcificazioni di glandole ilari caseose e la sclerosi completa dei nodicini tubercolari polmonari sono fatti in questo anno molte volte veduti. Le prove cliniche non difettano ad ogni medico che ha larga esperienza. Dalla guarigione debbono distinguersi le tregue anche lunghe simulatrici di guarigione, onde la necessità di un lungo periodo di osservazione dei giudicati guariti prima di considerarli veramente tali; perchè non di rado, dopo tregue anche lunghe, si hanno riprese della malattia in seguito a strapazzi, a malattie intercorrenti, a condizioni antigieniche di vita come si ebbe ad osservare durante la guerra. Nella mia lunga esperienza io ho veduto parecchi casi di guarigione della

tubercolosi polmonare; cioè, di persone che venti o trenta e più anni or sono, furono malate di tubercolosi polmonare con bacilli negli sputi, anche di tubercolosi polmonare a forma pneumonica. E queste guarigioni o furono complete con relitti semplici di sclerosi cicatriziali o incomplete nel senso che il processo tubercolare è spento ma rimane una sclerosi apicale con bronchiectasia postubercolare onde la tosse con espettorazione purulenta senza bacilli.

Ma di fronte a questo numero esiguo di veramente guariti quale numero infinito di altri o già spenti o che sono ancora ammalati e di questi molti inabili a qualsiasi lavoro proficuo!

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA.

Nota clinica sulla prostatectomia transvescicale

per il prof. CARLO RINALDO BELGRANO.

Il trattamento dell'ipertrofia prostatica è stato oggetto di tanti studii ed ha fatto in questi ultimi anni tali progressi quali furono conseguiti in poche altre branche della chirurgia, sicchè spesso mediante l'atto operativo si riesce ad ottenere successi veramente brillanti.

L'atto operativo più spesso indicato è la prostatectomia per via transvescicale alla Freyer, sebbene la via perineale trovi ancora qualche indicazione, ad es. in prostatici con voluminosa sporgenza intrarettale.

Seguendo i lavori che si vanno pubblicando su tale argomento risulta però che la mortalità di tale atto operatorio, la quale si è andata rapidamente abbassando, rimane tuttavia abbastanza elevata; solo il Freyer in seguito a molte centinaia di casi riuscì a ridurla al 6 %.

Il fatto si è che molto spesso non si pubblicano le statistiche poco confortanti o si danno alle stampe articoli senza l'appoggio di alcun data statistico e senza riportare le storie cliniche dei casi.

La mortalità in seguito alla prostatectomia non dipende tanto dall'atto operativo in sè, quanto dalle complicanze che sopravvengono nei giorni successivi, sia dovute a fatti settici, sia alla insufficienza renale, sia ancora alla narcosi, complicanze che spesso si possono ovviare con piccoli accorgimenti di tecnica.

Recentemente ebbi occasione di operare di prostatectomia due individui di cui riporto brevemente la storia clinica perchè ritengo che l'ottimo decorso operatorio e l'esito felice in massima parte dipendono dal corretto trattamento post-operatorio.

CASO I. — P. B. (numero di registro 1839-621), di anni 60. Nulla di notevole nell'anamnesi. Non sofferse mai malattie veneree.

Da parecchi anni cominciò ad avvertire pollachiuria notturna, indi le urine si fecero torbide. Negli ultimi mesi ebbe ad osservare parecchie volte iscuria completa e ciò successe sempre in seguito a libazioni in po' più abbondanti del solito, per cui il curante dovette intervenire per svuotare la vescica col cateterismo che sempre riuscì difficile.

Un mese prima di entrare all'ospedale le urine si erano fatte molto torbide, si era aggiunto malessere e movimenti febbrili, lo stato generale era deperito. Al suo ingresso avvenuto il 22 settembre 1920 il paziente presentava di notevole uno stato generale cattivo, lingua impatinata, la temperatura oscillava fra i 37° e 38°.6, l'urina era purulenta, di odore ammoniacale, la vescica non si svuotava completamente, ma rimaneva un residuo di circa 220 cc. Il sondaggio dell'uretra escludeva qualsiasi restringimento, ma per entrare in vescica occorreva adoperare una sonda Mercier del n. 24 con una curva molto accentuata. Il riscontro rettale faceva rilevare una prostata molto voluminosa di cui non si riusciva a raggiungere il margine superiore. La palpazione dei reni era negativa.

Esame delle urine. — Quantità totale delle 24 ore; 1500 cc.; D.: 1022; colore: giallo paglierino; aspetto: purulento; odore: ammoniacale; sedimento: abbondante; reazione: alcalina; urea: 18.6 ‰; albumina: 1/2 ‰; glucosio: assente; sangue: traccie; pigmenti biliari; assenti; pus: presente; *esame microscopico* del sedimento ottenuto per centrifugazione: globuli bianchi degenerati uniti in ammassi (globuli di pus), globuli rossi ben conservati, altri allo stato di ombre, cellule vescicali in degenerazione granulo-grassosa, cellule uretrali, cristalli, assenza di cilindri e cellule renali.

Si iniziò lo svuotamento della vescica con cateterismo uretrale sistematico ogni sei ore e un trattamento contro la cistite la quale presto migliorò, sicchè il 5 ottobre 1920 praticai la cistotomia soprapubica e l'asportazione dalla loggia prostatica di un grosso tumore che si lasciò facilmente enucleare; all'esame istologico presentava i comuni caratteri dell'adenoma.

L'atto operativo durò in tutto 14 minuti. Fu istituito il drenaggio della vescica con un tubo di Freyer di 3 cent. che sostituii dopo due giorni con uno di calibro più piccolo, indi con un tubo di Guyon e dopo 8 giorni tolsi ogni drenaggio.

CASO II. — A. B., di anni 65. Nulla di notevole nell'anamnesi: nessuna malattia venerea. I disturbi erano iniziati bruscamente or sono due anni con una iscuria completa per cui un sanitario dovette sondarlo, dopo di che accusò ad intermettenza difficoltà nella urinazione, urine torbide per cui fu spesso cateterizzato, ma, peggiorando i fatti, ricorse all'ospedale.

Al suo ingresso presentava condizioni gene-

rali molto deperite ed era in preda ad urinemia molto avanzata.

Coll'urinazione la vescica non si svuotava completamente ma vi era un residuo di circa 280 cc., l'urina era spiccatamente purulenta, fortemente alcalina.

Esame delle urine. — Quantità totale: 1400; reazione: alcalina; D.: 1034; sedimento: abbondante; albumina: presente; glucosio: assente; pigmenti biliari: assenti; pus: presente; *esame microscopico* del sedimento: globuli bianchi degenerati uniti in ammassi; globuli rossi; cellule base vie urinarie, cristalli triplofosfati; assenza di cilindri e cellule renali; urea 22.4.

Istituii come nel caso precedente la cura della cistite senza applicare la sonda a permanenza, ma procurando che la vescica fosse svuotata completamente ogni sei ore, quindi feci praticare lavature vescicali alternate con ossicianuro di Hg e nitrato di Ag.

La cistite presto migliorò, le condizioni generali si fecero buone, per cui il 9 ottobre 1920 praticai come nel caso precendente la prostatectomia asportando un tumore molto voluminoso ed uno più piccolo a carico del lobo destro.

L'emorragia post-operatoria fu lieve e presto vinta con irrigazioni di soluzione fisiologica calda, istituii il drenaggio col tubo Freyer che dopo tre giorni sostituì con tubi alla Guyon e dopo l'ottavo giorno tolsi ogni drenaggio, la ferita andò presto restringendosi, l'urinazione spontanea si iniziò il 18° giorno e l'ammalato lasciò l'ospedale guarito il 13 novembre 1920.

Va notato che il paziente ricorse dopo qualche mese all'ospedale per incontinenza non completa che per quanto insistente fu passeggera, e durò qualche mese.

Come risulta dalle storie cliniche l'atto operativo fu rapido e non complicato da alcun incidente, il decorso postoperatorio fu pure felice per cui il primo operato lasciò il letto dopo venti giorni e fu dimesso dopo trentotto, il secondo dopo ventidue e trentaquattro rispettivamente.

Io ho applicato in questi casi i precetti generali appresi in fatto di chirurgia urinaria dal mio Maestro, il prof. Novaro, fra cui quello di limitare la applicazione della sonda a permanenza solo a casi eccezionali, in cui ragionevolmente questa sia richiesta; nei due casi in parola non vi ricorsi affatto; gli ammalati poterono alzarsi presto da letto, e la ferita cistotomica guarì rapidamente.

Molti chirurghi subito dopo la prostatectomia per via transvescicale applicano una sonda a permanenza allo scopo di meglio drenare la vescica o per lo meno ad essa ricorrono in secondo tempo se la minzione per via naturale ritarda a ripristinarsi o si fa incompleta, o se permane a lungo un tragitto fistoloso nella regione soprapubica, e ciò allo scopo di accelerarne la chiusura.

La chiusura completa della ferita cistotomica si avrà solo dopo che si sia vinta la cistite e le urine siano ritornate acide, ciò si otterrà unicamente con trattamento razionale del processo infiammatorio sia generale che locale e, nel caso di prostatectomia, in genere dopo 2-6 settimane.

La minzione spontanea si otterrà più o meno rapidamente a seconda del grado maggiore o minore di distenzione vescicale che si era raggiunta e della maggiore o minore gravità della cistite preesistente.

La vescica, messa in riposo coll'atto operatorio, riprende a contrarsi, contrariamente alla opinione antica, sicchè si ha la restituzione completa.

Seguendo Freyer io affidai il drenaggio della vescica subito dopo l'atto operativo ad un grosso tutto di gomma rigido del diametro di tre cent., che entrava a strofinio e che sostituii dopo 48 ore con un tubo simile ma di calibro più piccolo, nel lume del tubo introducevo uno stuello di garza idrofila sterile che veniva rinnovato spesso; dopo altre 24 ore applicai i tubi di Guyon che tolsi dopo sei giorni; l'urina defluiva spontaneamente dalla ferita ormai granuleggiante. La vescica veniva abbondantemente lavata due volte al giorno con una soluzione di ossicianuro di Hg all'1:3000 e, quando la ferita si fu ristretta notevolmente, praticai lavature vescicali per continuare il trattamento della cistite e ciò mediante l'introduzione attraverso l'uretra di una sonda Nélaton che estraevo, completata la lavatura.

La sonda a permanenza provoca sempre una uretrite e spesso mantiene una cistite che altrimenti sarebbe presto vinta mentre la fistola soprapubica tarda a chiudersi. L'orchio-epididimite che alcuni osservarono in seguito alla prostatectomia è quasi sempre secondaria alla applicazione della sonda.

Per frenare l'emorragia, che del resto fu lieve, non ricorsi al tamponamento della loggia prostatica perchè se ciò mette al sicuro dalla emorragia, presenta gravi inconvenienti. Provoca premiti e tenesmo che disturbano molto gli ammalati, inoltre è spesso causa di infezioni, talchè produce facilmente febbre, espone a flebiti, ad orchio-epididimiti e ad embolie.

Una irrigazione abbondante con soluzione di ossicianuro ben calda bastò ad arrestare la lieve perdita di sangue.

La scelta della anestesia per gli atti operativi sulle vie urinarie è della massima importanza, tanto è vero che essa formò uno dei temi posti in discussione al prossimo Congresso francese di Urologia, e ciò dimostra chia-

ramente come sia ancora lungi dall'essere pacificamente risolta la quistione a favore di uno piuttosto che dell'altro metodo. Se il cloroformio da una parte è pericoloso, nessuno potrà negare i pericoli che porta con sè l'etere specie in ammalati avanzati in età, facili alle ipostasi polmonari. Infatti il Legueu lo respinge senz'altro, egli dichiara «di rimanere fedele al cloroformio, il quale, ben maneggiato, ben dato, è pochissimo tossico pei reni, quando il fegato non è ammalato.

Siccome da oltre un anno adopero quasi sempre nella mia pratica l'H. M. C. Abbot senza averne avuto inconvenienti, ricorsi in questi due casi a tale preparato e cioè ne feci praticare agli ammalati due iniezioni del n. 1; la prima due ore avanti l'atto operativo, e quindi un'ora dopo. la seconda e, completai l'anestesia fino ad ottenere la risoluzione muscolare, facendo somministrare *poche goccie* di cloroformio. L'anestesia fu perfetta e gli ammalati non furono in seguito tormentati da vomiti, ciò che è uno dei pregi del metodo di narcosi praticato.

Sebbene 2 casi soli non siano troppo pochi per trarne deduzioni sicure, pure da essi risulta che coi criteri operativi sopra esposti e che realizzano la massima semplicità, io ho potuto ottenere guarigioni oltremodo rapide con decorso post-operatorio privo di quegli incidenti e quelle complicanze che spesso si osservano e che sono ultimo motivo di aggravamento della prognosi.

Genova, luglio 1921.

OSPEDALE MAGGIORE DI S. GIOVANNI BATTISTA IN TORINO - SEZIONE DI UROLOGIA
diretta dal prof. LUIGI FERRIO.

Di un ascesso prostatico insorto come complicanza di una pneumonite crupale

per il dott. CARLO CHIAUDANO, assistente.

Nella nostra Sezione abbiamo potuto osservare un caso di ascesso prostatico da pneumococco in un ammalato appena convalescente di pneumonite lobare, sofferta in una Sezione di Medicina del nostro ospedale. Poichè non mi fu dato di trovare nella letteratura citati casi di ascessi prostatici come complicanza della polmonite crupale, non ne credo senza interesse la descrizione.

***

M. Giacomo, di anni 54, manuale, ammogliato. Nulla di importante nel gentilizio. Moglie e due figlie viventi e sane. Soffrì le comuni malattie dell'infanzia; forte bevitore e masticatore di tabacco. Dice che da qualche tempo era obbligato ad alzarsi alla notte due o tre volte per orinare, non avvertiva però altri speciali disturbi dal lato urinario. Non sofferse malattie veneree. Sette anni fa sofferse di pneumonite, dalla quale guarì bene. Il 22 ottobre 1921 fu colto da dolore puntorio alla base dell'emitorace 3°, con cefalea e febbre; il 25 venne accolto in una Sezione di Medicina del nostro ospedale, dove gli furono riscontrati i sintomi di una polmonite lobare sinistra. L'ammalato crisò il 1° novembre. L'esame dell'urina praticato in questo periodo manifestava soltanto la presenza di un velo di albumina. Pochi giorni dopo l'ammalato cominciò ad accusare bruciore e frequenza nell'urinare, dolore al basso ventre e contemporaneamente la temperatura subì un aumento con massimi di 38.6. Fu trattato prima con urotropina poi, siccome i disturbi non cessavano, anzi tendevano ad aumentare, fummo chiamati a visitarlo.

19 novembre 1921. — Nessuno scolo di sostanze mucose nè purulente dal meato: uretra pervia ad un Nélaton n. 20, con leggero senso di intoppi avanti di penetrare in vescica: qualche centimetro cubo di ristagno di urina leggermente torbida. Prostata dal retto alquanto ingrossata, specialmente a carico del lobo sinistro. Si fanno eseguire per alcuni giorni dei cateterismi, con blande lavature vescicali, ma, accentuandosi le sofferenze con tenesmo vescicale e rettale ed aumento della temperatura, l'ammalato viene trasferito nella Sezione Urologica. Ivi si constata che la prostata è decisamente ingrossata ed è anche divenuta molto dolente, e non rimane alcun dubbio sopra la presenza di un ascesso nel suo contesto, quantunque non si percepisca fluttuazione. Infatti, prima ancora che si proceda ad un atto operativo, l'ascesso si rivela il 4 dicembre, con la improvvisa fuoruscita di abbondante pus denso dal meato uretrale, uscita sollecitata ancora dalla compressione della ghiandola col dito introdotto nel retto. Segue tosto una mitigazione dei fenomeni dolorosi e della febbre ed una certa facilità nel mitto; il miglioramento si fa rapido col massaggio quotidiano della prostata associato a lavature vescicali e uretrali, cosicchè l'ammalato viene dimesso dopo una settimana.

Riveduto un mese e mezzo dopo gode buona salute: non presenta che un leggero aumento del volume della prostata, un ristagno post-minzionale di 15 cm. di urina ed una leggera frequenza notturna (due o tre minzioni).

Il pus raccolto ripetutamente col massaggio prostatico, dopo avere accuratamente lavata l'uretra anteriore e posteriore nonchè la vescica con una soluzione di ossicianuro di mercurio al 0.25 per mille, mi aveva già dimostrato, all'esame microscopico, la presenza di qualche diplococco, che per la forma ricordava grandemente il pneumococco.

Fatte colture nei tubi di Tarozzi e nell'agarsiero, diedero sviluppo di culture pure di pneumococchi. Inoculato il pus nel topolino, questo muore dopo 40 ore e nello striscio del sangue colorito con lo Ziehl si osservano i pneumococchi, circondati dalla loro capsula, Gram-resistenti.

***

Pneumococchi furono dal Le-Fur riscontrati ad altre forme batteriche, nel pus di ascessi prostatici, cosiddetti primitivi. Anche il Baldoni che eseguì l'esame batteriologico di molte prostate normali in individui che non ebbero in vita nessun sintomo morboso per parte dell'apparato genito urinario, morti per varie malattie, riscontrò due volte il pneumococco. Lo trovò associato al *mesentericus fuscus* in un individuo morto in seguito a resezione del mascellare per polipo sarcomatoso, ed associato allo stafilococco piogeno albo in un individuo morto per flemmone dell'arto superiore sinistro.

Lo Starr-Judd che esaminò batteriologicamente l'urina di cinque operati di prostatectomia, riscontrò anch'egli sempre il pneumococco associato ad altre forme batteriche. Il Cohn, spremendo il secreto della prostata, previa introduzione di un uretroscopio, lo rinvenne tre volte sterile in dodici uomini affetti da uretrite; non trovò mai il gonococco, ma undici volte lo stafilococco (sette volte solo e quattro volte associato ad altri batteri), tre volte lo streptococco, una volta il coli, due volte un diplococco Gram-resistente.

È probabile che, nei casi surriferiti i pneumococchi rinvenuti nella prostata abbiano un significato diverso che nel nostro caso in cui, per la dimostrazione dei pneumococchi soli nel pus, e per la successione dei fatti risulta chiaramente trattarsi di un ascesso prostatico insorto come complicazione di una polmonite crupale.

Del resto nessun altro osservatore dice di aver iniettato nel topolino con esito positivo, ciò che è l'unico mezzo per fare la diagnosi del pneumococco con certezza.

Che la pneumococciemia sia un sintomo abituale della pneumonite pare cosa certa. Lo Jochmann ha dimostrato pneumococchi nel sangue nel settanta per cento dei casi di pneumonite. Questa invasione del sangue per parte dei pneumococchi, causa, in un piccolo numero di casi di polmonite, localizzazioni pneumococciche metastatiche che esplicano con fenomeni infiammatori. La localizzazione più nota è l'endocardite e la meningite, più rara l'otite, l'artrite, la parotite suppurativa, la strumite, la peritonite, la flebite, ascessi cutanei e muscolari.

Le localizzazioni sarebbero là dove è un *locus minoris resistentiae*: così un bimbo presentò ascessi con pneumococchi là dove erano state fatte iniezioni di caffeina, in un altro caso i pneumococchi si localizzarono in un focolaio di frattura non aperta (Netter, Mariage).

Si può ritenere nel nostro caso che la infezione prostatica sia avvenuta per via sanguigna. Il pneumococco che si trovava in circolo si sarebbe localizzato là dove vi erano disturbi di circolazione per una ipertrofia prostatica all'inizio; non mi pare si debba pensare ad una infezione per via canalicolare, come ritiene il Dittel che debba sempre avvenire negli ascessi prostatici. Non si può però escludere che quest'ultima via possa dal pneumococco essere seguita. Nauwerck dimostrò microscopicamente nelle nefriti dopo una pneumonite i pneumococchi nei capillari dei glomeruli renali. Il Mathers isolò in dieci casi su ventisei il pneumococco dall'urina nel momento della crisi.

L'albuminuria passeggera che fu riscontrata durante la pneumonite nel nostro ammalato, potrebbe star a segnare una nefrite tossica ed un passaggio di pneumococchi nelle urine attraverso l'uretra con consecutiva infezione per via canalicolare. L'Oraison trattando di questa via di infezione così chiaramente descrive il meccanismo di formazione dell'ascesso: «nella ghiandola l'infezione attacca per primo l'elemento ghiandolare: i condotti ghiandolari si infiammano, si obbliterano, producendo la ritenzione negli acini che si dilatano. Se il processo continua, la parete ghiandolare si infiltra di globuli bianchi, che oltrepassano rapidamente questa barriera per invadere il tessuto acinoso.

Si vengono così a formare tanti piccoli ascessi, che fondendosi, danno luogo a un ascesso più voluminoso».

L'Oraison però ritiene che qualche volta, in seguito a trauma diretto, in seguito a malattie infettive, possa, per via sanguigna, il tessuto interacinoso essere attaccato per primo dando luogo direttamente a flemmoni prostatici e periprostatici.

Come dicevo dunque, se la via canalicolare nel nostro caso non si può teoricamente escludere, pare però più semplice pensare che il pneumococco abbia seguito la via sanguigna, come nei casi in cui esso si localizza in organi nei quali, come vedemmo più sopra, non si può pensare sia giunto per altra via. D'altra parte sono state descritte prostatiti come complicanza di certe infezioni generali come l'influenza, l'erisipela, la furuncolosi, la parotite, il vaiolo, ed è generalmente ammesso che la via di penetrazione in questi casi sia la sanguigna. La sintomatologia fu nel nostro caso quella comune a tutti gli ascessi prostatici: inizio abbastanza subdolo, frequenza imperio-

sa di urinare prima, ritenzione completa poi, tenesmo rettale e vescicale, dolore e senso di peso al perineo. La febbre non passò i 38,6. Casper sopra 21 casi di ascessi prostatici, ebbe elevazione febbrile solo in 4 casi.

All'esame rettale si percepì l'aumento di volume della prostata di consistenza dura e dolente.

L'esito fu quello di un terzo degli ascessi prostatici: si aperse spontaneamente nell'uretra, e si vuotò in modo sufficiente, tanto che scomparvero súbito temperatura, disuria, e sintomi soggettivi.

La regressione completa dell'ascesso si ebbe in pochi giorni.

BIBLIOGRAFIA.

BALDONI. Res. Ass. Med. di Parma, 1902, n. 6.
DITTEL. Wiener Klin. Woch., 1889, n. 21.
GAYET. Congresso di Urologia, 1920. Presse Méd., 1920, pag. 780.
JOCHMANN. Trattato di Medicina interna Mohr e Staehelin, vol. I, pag. 715 e seguenti.
KOLLE e WASSERMANN. Handbuch der pathogenen Microorganismen II, Bd. 4.
LE-FUR. XI Sezione dell'Associazione francese di Urologia, 1° ottobre 1907.
MATHERS. Journ. of inf. Dis., 19 settembre 1916.
NANWERCK. Beiträge für pathologischen Anat. und Phys., 1, H. 1.
ORAISON. XI Sez. Ass. franc. d'Urol., 10 ottobre 1907.
STARR-JUDD. Annals of Surgery, 1917.
WEICHSELBAUM. Wiener Klin. Wochen., 1888, n. 28-32.

COMMENTI.

A proposito di un metodo per la ricerca dell'indacano nella orina.

Leggo con ritardo e con sorpresa una critica che i Dottori Leti e Testi rivolgono ad un mio lavoro, comparso nel n. 20 della Sezione Pratica del *Policlinico*, lavoro che, come afferma il titolo, aveva lo scopo di rendere più semplice e più pratica la ricerca dell'indacano nelle orine. Dico con sorpresa, perchè mi sembra che se il dott. Leti o il dott. Testi avessero letto completamente il mio lavoro, ed avessero ben compreso lo scopo che mi ero prefisso, avrebbero potuto, senz'altro, risparmiarsi ogni e qualsiasi commento in proposito.

Essi scrivono che « la frequente presenza del ferro nell'HCl commerciale è già un fatto da lungo tempo acquisito alla scienza ». Non l'ho mai messo in dubbio, tanto è vero che nel mio lavoro ho elencato le principali impurezze che tutti sanno esso poter contenere, e fra queste ho citato anche il ferro.

Aggiungono che « da lungo tempo è noto che il ferro trasmette all'HCl delle proprietà ossidanti, perchè vi si trova sotto forma di cloruro ». Anche di questa scoperta non mi attribuii la paternità, perchè — a parte il fatto che le proprietà ossidanti dell'$FeCl_3$ sono ben note ai medici come ai chimici — scrivevo che il cloruro ferrico era già stato indicato dall'Obermajer come ossidante da prescegliersi.

Obermajer, però, preferì per il suo metodo l'acido cloridrico puro, e vi aggiunse del cloruro ferrico, e questo — ripeto le parole dei dottori Leti e Testi — sarebbe chimicamente un non senso, quando invece si dispone di acido cloridrico commerciale, il quale è già di per sè inquinato e reso ossidante dalla presenza del ferro che vi si trova *quasi sempre* allo stato di impurezza.

Terminano affermando che « il metodo indicato dal dott. Sebastiani non è un metodo nuovo, non conosciuto e non praticato ». E in questo almeno, sia pure non completamente, posso essere d'accordo con i dottori Leti e Testi. A parte il fatto che *nihil novi sub sole*, è certo che io non ho inteso con la mia nota di affermare cose che in un modo o in un altro non possano già essere state dette. Ma è pur vero, che se anche il metodo da me consigliato può essere diffuso fra i chimici, non è affatto conosciuto nè praticato nelle cliniche nostre, nè è consigliato da nessun manuale, al quale il medico pratico possa attingere per le sue abituali ricerche.

Lo scopo ultimo del mio lavoro era — come scrissi — quello di poter indicare ai colleghi medici, e segnatamente a quelli che vivono lontano da ogni centro di rifornimento, un reagente semplice, sicuro e di pochissima spesa, ed ecco perchè ho suggerito di sensibilizzare con la ruggine o con la limatura di ferro l'acido cloridrico commerciale, che talvolta non contiene o contiene solo quantità insufficienti di $FeCl_3$ ed è quindi allora inservibile se adoperato tal quale.

Gli analisti che hanno laboratori ben forniti a loro disposizione potranno ben continuare a ricercare l'indacano con l'acido cloridrico puro mescolato con la soluzione di cloruro ferrico puro del reagentario. I colleghi medici che sono costretti a dibattersi nella improba misconosciuta fatica di ogni giorno, fra la penuria dei più semplici mezzi di sussidio diagnostico, potranno meglio di ogni altro giudicare se lo scopo, che senza grandi pretese mi ero prefisso, è stato raggiunto.

E con questo dichiaro per mio conto chiusa la polemica, spiacente di essere stato costretto a rubare al *Policlinico* un poco del suo spazio prezioso.

Dott. VALENTINO SEBASTIANI.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

I corpi mobiliarticolari.

(AXHAUSEN. *Münch. med. Wochen.*, n. 24, 1922).

I vari problemi che si riferiscono ai corpi mobili articolari non sono ancora tutti risoluti: sappiamo che essi prima di divenir tali sono rimasti aderenti a lungo al loro luogo di produzione e che hanno subito delle modificazioni, ma sulle vere cause della loro produzione siamo ancora allo scuro. Gran parte di essi rappresenta senza dubbio l'esito di lesioni traumatiche circoscritte e limitate, della sola cartilagine articolare. Büdinger e Kappis), ma per altri la questione è ancora *sub judice*.

L'A. si è dedicato alla soluzione del problema ed ha potuto dimostrare sperimentalmente la scarsa tendenza alla guarigione delle lesioni della cartilagine articolare: infatti le scontinuità di questa non mostrano per molto tempo alcun segno di reazione, ed anche quando per gravi lesioni contusive si provoca una reazione dei tessuti circumambienti non si può parlare mai di una vera e propria *restitutio ad integrum*, in quanto che l'attività della cartilagine e del tessuto subcondrico non riesce a stabilire le perfetta coesione del tessuto distacco con quello rimasto integro.

Nulla di più facile dunque che un secondo trauma, sia pur lieve, possa provocare il distacco di quella parte di cartilagine già separata dal resto, anche in quei casi nei quali qualche ponte osseo contribuisca ancora alla sua fissazione.

Ma esiste al certo anche un'altra specie sopratutto nel ginocchio, di corpi mobili articolari, i quali sono conosciuti sia durante la loro formazione che nel periodo di stato. Essi si distinguono per alcune particolarità proprie. In un primo tempo si osserva come la cartilagine perfettamente integra ricopra un segmento a cuneo di osso con il suo midollo, anch'esso necrotico, perfettamente distinto e separato dal resto da una zona di connettivo giovane.

Non è possibile per una serie di fattori assai evidenti (mancata compartecipazione della cartilagine, regolarità della linea di demarcazione) ammettere un'origine traumatica di questi sequestri, tanto più che si presentano spesso bilateralmente. Oggi si è andata facendo strada lentamente l'idea dell'origine ossea di tale infermità. D'altronde anche ammessa l'origine traumatica non si comprenderebbe la ragione del persistere dei sequestri osservati e della scarsa tendenza alla guarigione. In tanti esperimenti praticati su animali differenti (cani e conigli) operando sui condili femorali e cercando di ripristinare le condizioni patologiche di una frattura interrompendo e ripristinando la continuità dell'osso, non è stato mai possibile di ripetere un quadro che si assomigliasse, sia pure approssimativamente, a quello del distacco epifisario subcondrico suaccennato. Le fratture così provocate guarivano tutte colla formazione di un callo perfettamente normale. Se ne deduce che le lesioni ossee traumatiche epifisarie soggiacciono alle stesse leggi di tutte le altre localizzazioni. Non è neanche così possibile aderire all'ipotesi di Bier, il quale ritiene che la sinovia incanalandosi nella linea di frattura, impedisca l'adesione tra osso normale e quello distaccato. Axhausen ha emesso già una teoria per la quale tali sequestri avrebbero dovuto avere un'*origine embolomicotica,* nel senso che la presenza di emboliebatteriche avrebbe potuto provocare l'occlusione delle arterie terminali dell'epifisi e determinare così la formazione di sequestri. In questi casi dunque prevarrebbe il fattore meccanico su quello infettivo, avendo l'organismo riportato rapidamente la vittoria sull'invasione batterica. La simiglianza di tali sequestri con quelli tubercolari è davvero assai evidente, non solo; ma con l'aiuto di radiografie è stato possibile mettere in evidenza la possibilità di tale fenomeno anche in altre articolazioni (spalla). Anche il morbo di Koehler è probabile debba trovar posto nel quadro di queste malattie: infatti nella letteratura scarsi sono i casi descritti estesamente della malattia testè ricordata sopratutto difettano i reperti istolgici. Quasi tutti i malati sono stati osservati allo stato avanzato.

La malattia si inizia spontaneamente e d'improvviso con dolori a carico del 2° o del 3° metatarso: la radiografia svela alcune zone di ispessimento osseo circondate da altre di rarefazione, un appianamento della testa del metatarso e formazione di un solco di demarcazione, allargamento del collo e finalmente delle gravi deformità. Nei casi osservati dall'Axhausen si trattava di una necrosi cuneifrome dell'epifisi, necrosi estesa anche al midollo e che circondata da un tessuto di granulazioni, era ricoperta da cartilagine appena alterata. Di tubercolosi neanche l'idea.

È evidente l'analogia con i corpi mobili articolari allo stadio di formazione. Nei casi riferiti si può facilmente escludere l'origine traumatica, constatazione del resto comune a tutti i pazienti colpiti dalla malattia di Koehler.

Contro l'origine traumatica depone anche il

reperto radiografico e quello istologico, poichè non sono mai stati descritti tale sequestri al nono mese dopo una frattura e viceversa conosciamo il modo di manifestarsi delle lesioni epifisarie.

Non rimane altro dunque che ammettere la possibilità di embolie micotiche senza infezioni consecutive. Così tutte le diverse particolarità anatomo-patologiche, le alterazioni della forma scheletrica, di cui Koehler non sapeva rendersi ragione trovano facilmente la loro spiegazione ammettendo la contemporaneità di più localizzazioni. Ed infatti sono state descritte isolatamente tutte quelle alterazioni morfologiche che possono colpire la testa del 3° ma sopratutto del 2° metatarso.

E facilmente comprensibile infine come nelle piccole articolazioni metatarso-falangee venga a mancare l'occasione e il posto per il distacco di questi sequestri cuneiformi eventualità facile nel ginocchio.

Axhausen ha attirato l'attenzione su speciali sequestri dell'articolazione dell'anca da lui notati nell'artrite deformante giovanile, simili ai sequestri cuneiformi tubercolari di Koenig e a quelli che Borchard ritrovò nei focolai dell'anca, nell'osteomielite multipla. Egli dimostrò la presenza di sequestri cuneiformi distinti dal resto dell'osso da una linea di demarcazione costituita da uno strato di pus, sotto una cartilagine persistente, ma necrotica.

Non dovrebbe esistere dubbio sull'importanza delle lesioni articolari circoscritte d'origine micotica, nell'etiologia dell'artrite deformante giovanile.

Riportando ora le immagini del morbo di Koehler a quelle di Berthes, non si può non rimanere colpiti dalla grande rassomiglianza che esiste tra queste due malattie! Anche in questa ultima si tratta secondo Axhausen di necrosi epifisarie d'origine embolo-micotiche sopratutto tubercolari, infezioni rapidamente superate dall'organismo. Non deve maravigliare che la forma dei sequestri non sia sempre la comune a cuneo, poichè già Koenig dimostrò come nei bambini tale deviazione dalla norma si verifichino facilmente.

In questo modo è facile comprendere la bilateralità dell'affezione, l'analogia tra i corpi mobili articolari, la malattia di Perthes e quella di Koehler. E pur vero come fa osservare Perthes, che la malattia che da lui prende il nome è progressiva, a differenza dell'artrite deformante comune; ma non va neanche dimenticata la forza rigeneratrice e riparatrice dell'epifisi infantile, così diversa da quella degli adulti e dei vecchi.

La malattia di Perthes va dunque considerata come un'artrite deformante *infantile*. Conviene aggiungere subito come non si possa ammettere una etiologia comune a tutti i casi della malattia di Perthes: quello che è certo è il fattore comune va ricercato in alterazioni parziali dell'articolazione: le cause ne possono essere certo diverse. D'altra parte credere come ogni disturbo dell'ossificazione epifisaria della testa femorale, possa essere riportato al concetto di un morbo di Perthes sarebbe un errore: in questo si presuppone un'articolazione perfettamente sana, clinicamente e radiologicamente normale.

Da ultimo va ricordato un disturbo di nutrizione epifisario d'origine traumatica, la necrosi totale cioè del moncone prossimale nella frattura del collo del femore. L'importanxa di questo fattore è stata certamente esagerata e male interpretata quando si è visto in esso la causa della mancata consolidazione della frattura. Viceversa non sono state abbastanza considerate le conseguenze di questa necrosi, nei riguardi dell'articolazione, a frattura consolidata. La necrosi estesa della cartilagine provoca dei complessi sintomatici simili a quelli dell'artrite deformante. La cartilagine usurata mette allo scoperto i tessuti ossei subcondrici. Non mancano tentativi rigeneratori sulla zona limite della necrosi, e la sostituzione dell'osso morto con quello nuovo si manifesta colle stesse modalità dei trapianti. Ma appunto in queste condizioni l'osso dovrà facilmente cedere alle pressioni esterne e in questo modo sono facilmente comprensibili e spiegabili tutte quelle alterazioni (scomparsa della testa femorale, artrite deformante in qualche caso di coxa vara) che finora non trovavano spiegazione plausibile.

Su molti fenomeni sinora oscuri della patologia articolare oggi dunque comincia a farsi un poco di luce. MINGAZZINI E.

Artrite e infezioni locali.

(*H. SHILKOVSKY. Amer. Medicine*, maggio 1922).

Si tende oggi a considerare quasi tutte le artriti come localizzazioni di un processo infettivo generale. Col nome di reumatismo si dovrebbe indicare il solo reumatismo articolare acuto.

Si sa da tempo che un focolaio infettivo preesistente può dar origine ad un processo infettivo generale o locale: in quest'ultimo caso, secondo l'A., deve aver preceduto una batteriemia, di cui il focolaio primitivo è la porta d'ingresso.

Un quarto dei casi di artrite settica trae ori-

gine da un focolaio tonsillare. Le esacerbazioni della tonsillite aggravano l'artrite.

Secondo l'A. la tonsillectomia dovrebbe sempre essere completa, perchè anche un piccolo nodulo può perpetuare l'infezione. I focolai dentari e alveolari sono, negli adulti, forse il più frequente punto di partenza di artriti: però i reperti radiologici vanno interpretati con prudenza onde non estrarre denti sani.

I focolai dei seni accessori della cavità nasale non vanno trascurati: si ricercheranno con la transilluminazione e coi raggi.

Le infezioni urogenitali sono molto importanti. L'artrite gonococcica segue l'uretrite in circa il 1/2 % dei casi, a distanza da pochi giorni a sei mesi, secondo l'A. L'inizio è spesso poliarticolare sebbene poi si fissi abitualmente in una sola grande articolazione. Gli sproni calcaneari solo di rado sono di origine gonococcica. Oltre l'uretra occorre esaminare la prostata e le vescichette, e ricercare un'eventuale cistite o pielite cronica. Nelle donne vanno anche ricercate le endometriti, le cerviciti (aborti!). Altri possibili focolai infettivi sono le vie biliari, l'appendicite cronica, l'intestino (stasi intestinale cronica).

Nella diagnosi di artrite occorre sopratutto evitare la confusione con l'osteomielite epifisaria, frequente nei fanciulli.

Nella prognosi bisogna ricordare che l'asportazione del focolaio primitivo non ha diretta influenza sulle lesioni anatomiche articolari già prodotte, nè sui bacilli già entrati in circolo.

Per la cura, oltre la ricerca e l'asportazione dei focolai infettivi, occorre evitare i cambiamenti bruschi di temperatura; dalla dieta è meglio sottrarre parte dei carboidrati che delle proteine, data la minor tolleranza di questi infermi per lo zucchero. L'idroterapia e il massaggio locale non vanno trascurati. Le iniezioni endovenose di proteine eterogenee dànno spesso un vantaggio transitorio, di rado permanente, e sono alquanto pericolose per lo shoc che provocano; sono da proscriversi nelle cardiopatie organiche. Gli autovaccini gioverebbero nelle infezioni gonococciche, assai più degli stock-vaccini.

L'opoterapia timica non sembra che abbia dato grandi risultati.

L'A. raccomanda i ioduri, e lo sciroppo di ioduro di ferro. Dai salicilati attende soltanto un sollievo al dolore, ma essi provocano proteinuria, cilindruria: sono preferibili i derivati del cincofene, che sono anche meglio tollerati dallo stomaco.

DORIA.

Le nodosità iustaarticolari sifilitiche

(A. CANGE e R. ARGAUD. *Gaz. des Hôpitaux*, 1922, n. 46).

Si tratta di un'affezione caratterizzata dallo sviluppo, nell'immediata vicinanza di una o più grandi articolazioni degli arti, eccezionalmente altrove (reg. costale), di tumori indolenti, di consistenza fibrosa, di forma rotonda od ovolare, uni o multilobati, generalmente multipli, talora conglomerati, ma per lo più distinti. Il volume varia da un pisello a un uovo d'anitra; hanno sede nel sottocutaneo, là ove i tegumenti riposano sul piano osseo; sono assai mobili; per le scarse aderenze coi tessuti circostanti. Il decorso è cronico: giunto ad un certo sviluppo si arrestano e persistono per anni; possono riassorbirsi, e forse anche rammollirsi, ulcerarsi, e quindi cicatrizzare.

Osservati dapprima ai tropici (Brasile, Cina, isole della Sonda, Africa), negli indigeni, quindi negli Europei residenti, furono poi osservati in Europa nei reduci dalle colonie, ed anche in pazienti che mai si erano allontanati dalla loro sede (caso di Berna, visto da De Quervain, ottobre 1921).

Fu creduto dapprima ad un'origine micosica, per la concomitanza, in un paziente, di un di un micetoma del piede; mentre fu esclusa la sifilide perchè la cura specifica tentata in qualche caso, aveva fallito: la R. W. non era stata mai eseguita.

Poupelain, nel 1920, studiando in Cina cinque casi, notò il costante sviluppo su terreno luetico e la coesistenza frequente di accidenti secondari o terziari della sifilide, nonchè la rapida curabilità cogli arsenobenzoli, sopratutto delle nodosità recenti e non indurate.

Foley e Parrot, nello stesso anno, osservano che queste produzioni patologiche sono troppo uniformi e caratteristiche per far ammettere un eclettismo etiologico.

Le osservazioni di Poupelain furono poi confermate ed estese: lo studio batteriologico delle nodosità asportate diede sempre risultati negativi, benchè una volta Gougerot abbia trovato il *cefalosporium acremonium*, probabilmente per un inquinamento accidentale (è un fungo non patogeno per l'uomo).

Ulteriori osservazioni di Foley, Parrot, e degli AA. misero sempre più in evidenza lo sviluppo del male in terreno luetico (anamnesi di aborti, polimortalità infantile, cefalee serotine, talvolta di precedente ulcera dura; presenza di sifilidermi e dei loro esiti, talvolta soltanto sulla pelle che ricopre le nodosità, leucomelanodermia del collo, ecc.) e la curabilità col trat-

tamento mercuriale intenso. Lo ioduro si dimostrò inutile.

La R. W. fu talvolta positiva e talvolta no, ma non si può darle gran valore in presenza di manifestazioni cliniche indubbie. Nel caso di De Quervain la R. W. fu ripetutamente positiva, però mancava ogni altro segno di lue, e la cura mercuriale e arsenicale, forse tarda o insufficiente, fallì allo scopo.

Ma mentre i successi della terapia hanno valore diagnostico, gl'insuccessi qui non hanno valore, potendo le lesioni trovarsi nello stadio refrattario d'organizzazione fibrosa e di sclerosi cicatriziale.

Gli AA. riferiscono estesamente un caso, osservato in Algeri. È una donna di 56 anni, che seni anni prima contrasse lues: dopo un anno e mezzo circa, insieme a sintoni luetici vari (sifilidermi, cheratite, irite) si manifestarono due nodosità una al gomito destro e una al sinistro. La malata ne riferiva l'origine ad una caduta. Dopo qualche tempo la sinistra si riassorbì, ma la destra ha persistito immutata, fin quando fu asportata dagli AA. per esaminarla.

Era un tumore duro, regolare, rotondo, grosso come una castagna, uniformemente bianco, lucente, compatto. Una metà fu destinata all'esame batteriologico, che fu negativo (esame batterioscopico, culture inoculazioni). L'altra metà servì per l'esame istologico, in sezioni seriali. Ilt umoretto appariva limitato dal connettivo circostante da un inviluppo di cellule endotelioidi. Era costituito da una massa di connettivo non molto denso, contenente dei noduli fibrosi sclerosati.

Nel connettivo erano zone di necrosi grassa e vasi, circondati da plasmatzellen talvolta grandi, binucleate, eteromorfe; qua e là v'erano ammassi di plasmatzellen. I vasi qua e là mostravano proliferazione dell'intima, primo inizio di anemia locale, che porta alla formazione dei noduli indurati. Questi sono costituiti da fibrille addensate, e le scarse cellule prendono aspetto di condroplasti.

Esaminando altra volta una nodosità in periodo iniziale, gli AA. avevano osservato, oltre le proliferazioni dell'intima vasale, e le plasmatzellen, disposte come è detto, numerose cellule giganti polinucleate, nel connettivo, alcune in degenerazione grassa parziale, altre che sembrava dessero origine alla loro periferia a lunghe cellule, coi caratteri di fibroblasti. Le cellule giganti non avevano corona di cellule infiammatorie.

Per la presenza di endo- e perivascolarite, e di cellule giganti in pieno tessuto fibromatoide, gli AA. concludono doversi ritenere le nodosità articolari come sifilomi, che in luogo di evolvere verso la degenerazione gommosa si avviano verso la metaplasia fibrocicatriziale.

Dall'ultimo caso descritto traggono l'avvertenza che l'eventuale unicità della lesione non deve fuorviare la diagnosi.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ROGER WIDAL TEISSIER. *Nouveau Traité de Médecine. Maladies infectieuses et parasitaires*, fasc. II e V.

Colla pubblicazione dei volumi 2° e 5° il grande capitolo delle malattie infettive è al completo; i collaboratori del nuovo trattato di medicina mostrano una promettente e rara diligenza nella sollecita pubblicazione, e si spogliano dalla caratteristica di eternità, che suole avvolgere l'opera collaborazionista dei moderni trattati.

Il volume 2° è dedicato alle malattie esantematiche, (Teissier, Teissier e Tanon); alla difterite (Aviragnet, Weill-Halle, Marie) al tetano (Camus e Gournay), al carbonchio (Roger), al reumatismo articolare acuto (Barbier) alla pertosse (Londe) agli orecchioni Teissier e Esmein) al tifo esantematico (Nicolle e Conseille). Capitoli, in cui la medicina moderna porta, se non giudizi definitivi, ipotesi di lavoro fondate, sono raccolte con titoli di Erpes e febbre erpetica (per opera di Ravaut), di febbre aftosa, per opera di Menard, di miliarica (Renault) di febbre da pappataci (de Brun).

Il fascicolo 5° si potrebbe intitolare il volume delle malattie esotiche, se purtroppo le conoscenze più estese e la diffusione, che modernamente hanno avuto alcune malattie infettive, non obbligassero a raggruppare queste con le altre comuni malattie infettive del vecchio continente.

La malaria, (Vincent e Rieux) il Kala azar, (Nicolle) la trichinosi, (Joyeux), la filariosi, la strongilosi, la distomatosi, la coccidiosi, la sarcosporidiosi (Guiard), l'echinococcosi e la cisticercosi (Dévé), la tripanosomiasi (Brumt), la febbre ricorrente (Micolle e Blaizot), il sodoku (Thibaut) trovano esauriente trattazione; segue una monografia sul cancro (Roussy e Wolff), che occupa la metà del volume.

I due fascicoli non vengono meno all'attesa del pubblico medico italiano, che segue con profonda simpatia la pubblicazione medica diretta da Roger, Widal e Teissier.

t. p.

P. RAVAUT. *Syphilis, Paludisme, Amibiase.* — Masson, éd. Paris, 2° éd. Prix. Fr. 9.

È la seconda edizione del volumetto del Ravaut, già da noi recensita su queste colonne, con qualche aggiunta sulla terapia derivato dalla più recente esperienza. L'A. ha con ragione raccolto le tre malattie che si giovano di una stessa metodica generale di cura, malattie che hanno in comune l'origine protozoaria.

Nel libro purtroppo i contributi anche recenti degli studiosi stranieri sono tenuti spesso in poco conto e talora nemmeno ricordati: a questa mancanza speriamo vorrà il Ravaut riparare in una edizione nuova, che noi auguriamo prossima.

t. p.

DESVERNINE. *Réactions motrices de la cage thoracique en rapport avec le diagnostic précoce de la tub. pulm. chr.* L'Expans. scientif. franç., Paris, 1921. Fr. 5.

L'A. ha immaginato un apparecchio registratore speciale, che chiama stetografo, col quale studia graficamente i movimenti della cintura castrosternale, e, con una larga serie di grafiche, cerca di dimostrare come le modificazioni dell'attività motrice della parte alta del torace possano essere espressione di tub. polm. iniziale od avanzata. Non si può disconoscere un certo interesse dottrinale a queste osservazioni, specie dal punto di vista fisiopatologico.

g. sabatini.

DESVERNINE. *Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire.* — L'Expans. scientif. française, Paris, 1921, pag. 78. Fr. 5.

In questa breve pubblicazione l'A. raccoglie i risultati da lui ottenuti in molti anni di pazienti ricerche, dirette a trovare un siero immunizzante contro la tubercolosi.

Egli ha con metodo speciale cercato di ottenere un prodotto ad alto potere antitossico e antibatterico: e a tale scopo si è servito, per speciali ragioni, dell'asino, sottomettendolo a prolungate depressioni barometriche, dentro una camera, dove era possibile fare del vuoto.

Le esperienze, come l'A. stesso confessa, sono state incomplete: le applicazioni terapeutiche del siero ottenuto sono state fatte in pochi individui, e l'autore pubblica il suo lavoro più come incitamento ad altri a proseguire in questa via che come dimostrazione del raggiungimento di risultati concreti.

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche.

Seduta del 12 maggio 1922.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Sinfisiectomia parziale superiore e sinfisiotomia associate.

R. COSTA. — Se si associa la sinfisiectomia parziale superiore (asportazione del tratto compreso tra un tubercolo del pube e l'altro per l'altezza di 1 cm.) alla sinfisiotomia si ottiene di ridurre molto il grado di divaricazione dei pubi: talora ad esempio anzichè 5 cm. di divaricazione ne basta uno. Con ciò la sinfisiotomia può rivestire un carattere molto più fausto. Inoltre, mentre la sinfisiectomia parziale superiore può essere applicata, con effetti utili anche per i parti successivi, nei bacini piatti la cui coniugata vera non sia inferiore ai 75-77 millimetri, associata alla sinfisiotomia si può arrivare fino a 70 millimetri, tenuto conto che, dopo la sinfisiotomia, permane frequentemente un certo grado di mobilità nelle articolazioni del bacino. Tale mobilità può essere sfruttata al massimo, col disporre la donna, al momento del parto, colle coscie accavallate. Il che aumenta il diametro trasverso dello stretto superiore e rende più ampia l'incisura della sinfisiectomia parziale.

Due casi di anemia perniciosa da benzolo in operaie di una fabbrica di impermeabili.

V. RONCHETTI. — Riferisce la storia clinica di due ammalate venute a morte con sintomi di anemia imponentissimi e con manifestazioni emorragiche gravissime, per le quali aveva riconosciuta come causa della forma morbosa l'intossicazione da benzolo. Ricorda come studiosi abbiano pubblicato serie di casi simili appunto in personale addetto all'industria della gomma e che adoperava benzolo e come molti AA. abbiano studiato sindromi analoghe provocabili negli animali mediante benzolo introdotto o per via sottocutanea, o per inalazione, o per via orale o cutanea; e come sia capitato a medici, adoperando il benzolo a scopo terapeutico, di vedere insorgere sindromi identiche alle su ricordate. Afferma doversi ammettere l'esistenza di una forma di anemia a tipo pernicioso come conseguenza dell'intossicazione benzolica subacuta, caratterizzata, oltre che dal carattere gravissimo e progressivo dell'anemia, anche dalla tendenza alle emorragie e dalla riduzione (fin quasi alla scomparsa) dei globuli bianchi e delle piastrine del sangue circolante. Sostiene, che solo nei casi gravissimi si possa ammettere come base anatomica della sindrome l'involuzione atrofica degli organi ematopoietici, onde l'esito letale inevitabile; mentre nei casi meno gravi l'anemia dovrebbe imputarsi a distruzione degli elementi giovani del sangue, dovuta o all'azione diretta del benzolo o all'azione di particolari lisine di cui il benzolo provoca la comparsa nel siero

del sangue; possibilità quindi di guarigione in questi ultimi casi, perchè, sottratto l'ammalato all'azione del benzolo, cessa la distruzione degli elementi giovani del sangue. Dice che nei suoi due casi, potè constatare all'autopsia del midollo osseo ancora qualche segno di attività funzionale e formativa, almeno per gli elementi della serie rossa. Nei casi verificatisi a Milano non ritiene probabile causa l'impurità del benzolo, ma invece l'eccessiva concentrazione dei suoi vapori nei locali di lavoro.

Anatomia patologica dell'avvelenamento benzolico industriale del sangue.

C. ZENONI. — Il reperto autoptico in tre giovani operaie di uno stesso comparto impermeabili, esposte ad assorbimento per i polmoni e per la cute di benzolo in vapori e come solvente della gomma, è caratterizzato da multiple emorragie (petecchie, porpora, suggelazioni, ematomi) in sedi varie: eso-endo-miocardio, cute, faringe, esofago (con un raro ematoma cilindriforme sottomucoso), utero, ovaia, pleure, polmoni, reni, stomaco, intestino, vescica, midollo osseo); generale oligoemia; degenerazione parenchimale adiposa di organi (miocardio, fegato, reni); midollo osseo grasso non reattivo; milza non aumentata e fibrosa; piccole ghiandole linfatiche fibrose.

Istologicamente: notevole mieloipoplasia con leucolisi tossica, scomparsa di megacariociti, parziale eritroblastosi, spleno-linfo fibrosi con atrofia follicolare e citogena, addensamento delle travate e del reticolo connettivo, reazione plasmacellulare, emopigmento, non metaplasia mieloide; degenerazione grassa dei capillari sanguigni.

L'anemia leuco-piastrinopenica emorragica benzolotossica, mentre distinguesi dalla anemia essenziale perniciosa progressiva, dev'essere identificata come avvelenamento cronico industriale da benzolo in base anche ai resultati tossicologici degli esperimenti animali, tenendo considerazione, all'infuori dello stato di purezza della benzina e di intossicazioni combinate, della via di penetrazione e durata, della giovine età e del sesso femminile, della resistenza varia e delle complicanze morbose individuali, della azione di una presunta leucotossina, della piastrinogenesi in relazione ai megacariociti, delle dosi stimolanti e displasiche, della azione antagonista dell'iodio. Conchiude l'O. avvisando a più diffuse sicure misure preventive di medicina industriale, quali aspiratori negli strati bassi d'aria degli ambienti più carichi di vapori benzolici, protezione della cute tanto dai vapori che dalle soluzioni, selezione delle donne troppo giovani e più deboli, vigilanza medica con controlli ematologici, uso di preparati iodici.

L'azione della radioterapia sulle cellule immature del sangue circolante.

A. VINAJ. — L'O. studiò queste alterazioni ematologiche su un caso di leucemia mieloide, traendone le seguenti conclusioni.

Aumento dei G. R. durante e dopo le irradiazioni; diminuzione imponente dei leucociti. Nella formula leucocitaria aumento del numero dei polinucleati neutrofili, diminuzione dei linfociti, diminuzione dei metamielociti e mielociti, diminuzione e scomparsa dal circolo dei promielociti, mieloblasti, ed emocitoblasti, scomparsa delle cellule di Rieder.

Ad analoga conclusione si arriva per gli elementi immaturi e degenerati della serie rossa, che per effetto della röntgenterapia vanno incontro ad una diminuzione evidente. C. VALLARDI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 14 e 28 dicembre 1921 e febbraio 1922.

Seduta del 25 febbraio 1922.

Presid.: On. dott. DORE - Segret.: dott. BELLUSSI.

Atteggiamento dei periti di fronte al ritardo della riforma delle tariffe giudiziarie.

Prof. OTTOLENGHI. — In merito alla circolare ricevuta della Federazione centrale degli Ordini dei Medici la quale dà norme sull'ostruzionismo dei medici legali in seguito al protratto ritardo della Riforma delle tariffe giudiziarie, trova dal punto di vista procedurale fuori luogo che la Federazione degli Ordini non abbia sentito il parere dei medici legali di tutte le Università italiane. Per la sostanza egli è contrario al deliberato ostruzionismo.

On. dott. DORE. — Il deliberato della Federazione degli Ordini ha piuttosto significato di protesta, di avvertimento contro uno stato di cose indegno e lungamente protratto. Opporsi ad un deliberato della Federazione degli Ordini ritiene fuori luogo e non opportuno nell'ora attuale.

Generale FERRERO. — Manifesta la sua dolorosa impressione per l'ostruzionismo dichiarato, contrario alla dignità della professione medico legale.

Prof. ASCARELLI. — Ritiene che all'ora attuale l'ostruzionismo sia inevitabile. Propone che la Società deliberi in senso aspettante in attesa delle deliberazioni del Governo.

MASSARI. — Alieno da qualsiasi violenza comunque prospettata, al punto in cui siamo ritiene l'ostruzionismo unico mezzo che possa apportare ad un pratico risultato.

AVV. MARINCOLA. — L'ostruzionismo potrebbe risolversi con una semplice minaccia poichè praticamente è di dubbia applicazione di fronte alla legge penale.

Comm. ASCHIERI. — Crede che la Società possa disinteressarsi non essendo organo sindacale e debba piuttosto richiamarsi ai deliberati precedenti in merito.

Viene poscia votato il seguente ordine del giorno: «La Società di Medicina Legale di Roma nella «seduta del 25 febbraio 1922, udita la comunica«zione del prof. Ottolenghi «Sull'atteggiamento «dei periti di fronte al ritardo della riforma delle «tariffe giudiziarie», considerato che il tempo li«mitato non lascia modo di procedere a determi«nazioni che possano avere efficacia in merito alla «effettuazione dell'ordine del giorno votato dal «Congresso degli Ordini, riafferma la necessità di «un pronto intervento governativo per la riforma «delle tariffe penali». Dott. BELLUSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e cura dei diverticoli esofagei.

Esistono due specie di diverticoli esofagei: i diverticoli esofagei propriamente detti, ed i diverticoli faringo esofagei. I primi non hanno costituito finora che dei reperti di autopsia, sia per la loro sede che per la loro operabilità.

Bensaude, Grégoire, Guénaux (*Arch. des Mal. de l'app. digest.*, n. 3, 1922) ne rendono note tre osservazioni inedite: due di diverticoli inferiori od epifrenici, una di diverticoli medi od epi bronchici.

La sintomatologia dei primi ricorda quella degli spasmi o della stenosi esofagea: per mezzo della radioscopia e della esofagoscopia ne sono stati rilevati un considerevole numero, mentre erano per l'innanzi considerati molto rari. I diverticoli epibronchici sono quasi sempre dei diverticoli da trazione e sembrano risultare di una retrazione cicatriziale, prodotta il più spesso da un ganglio infiammato aderito alla parete anteriore dell'esofago. Sono meno rari dei precedenti e sono stati oggetto di numerosi studi.

I diverticoli faringo esofagei per la possibilità di cura meritano un cenno speciale.

Prendono sempre origine dalla parete posteriore dell'ipofaringe, proprio al disopra della bocca esofagea. Probabilmente la loro origine è dovuta alla diuturna pressione esercitata dal bolo alimentare sulla parete faringo esofagea, determinandosi in tal modo una vera ernia della parete. Il periodo prodromico è caratterizzato da leggeri disturbi disfagici e irritativi faringei: prurito in gola, secchezza del faringe, salivazione abbondante, espulsione di mucosità, spessi colpi di tosse, senso di corpo estraneo fermatosi nella gola.

I sintomi propriamente detti sono dovuti sia alla penetrazione di alimenti nel diverticolo, sia alla compressione che questo esercita, per la sua replezione, sull'esofago o sugli organi vicini: così si hanno sintomi di stenosi riferentesi nella parte posteriore del faringe.

Il dolore, frequente, si complica con il blocco dell'esofago al quale il malato cerca di reagire con diverse manovre. Il rigurgito degli alimenti, prodotto solo in certe posizioni del corpo, è un sintoma costante: talora si trovano negli alimenti riemessi, alimenti del giorno precedente. In un terzo dei casi il diverticolo produce una protuberanza cervicale, del volume da un uovo ad una pera. Se il malato non riesce con uno dei suoi artifizi a vuotare il diverticolo, il ristagno degli alimenti produce fetidità dell'alito.

Il diverticolo è spesso scambiato con una stenosi cancerosa esofagea: la diagnosi ci viene fatta dal cateterismo, dalla radioscopia, dall'esofagoscopia. Il cateterismo deve essere praticato con un filo conduttore, mettendosi così in evidenza l'orifizio del sacco e la sua posizione in rapporto all'esofago, poichè essendo l'ingresso del diverticolo sempre posteriore, si penetra a volontà nell'esofago quando si gira il becco della sonda in avanti, o nel sacco, quando si giri indietro. La radiografia ha un valore superiore a quello del cateterismo per la diagnosi di questi diverticoli, a patto che l'esame sia condotto con metodo, nelle diverse posizioni: obliqua, laterale, anteroposteriore. Il malato deve essere digiuno, ed il diverticolo possibilmente vuoto. Un errore di interpretazione può essere dovuto alla presenza di una dilatazione sovrastenotica, interpretata come un diverticolo: ciò si produce specialmente nei cancri dell'esofago, e più raramente negli spasmi. L'esofagoscopia ci permette di studiare nei dettagli il sacco diverticolare, l'orifizio del diverticolo, l'entrata dell'esofago.

Non esiste un trattamento curativo medico di quest'affezione. Si può, tuttavia, ovviare ai disturbi inerenti allo stato di ripienezza del diverticolo, ed alla stenosi dell'esofago. Per il primo disturbo è importante la scelta degli alimenti: passano più facilmente le minestre dense, gli alimenti grassi; il malato deve mangiare lentamente e mettere in opera quelle speciali manovre che gli permettono di evacuare il suo diverticolo; eventualmente si laverà, con l'ingestione di acqua o con la sonda. Per la seconda questione è indicata la dilatazione dell'orifizio superiore dell'esofago, e l'alimentazione con la sonda.

L'unico mezzo di guarigione è dato dall'intervento chirurgico, il quale ha dato agli AA. i risultati più eccellenti. Per la tecnica gli AA. eseguono prima un'incisione nel lato ove il diverticolo sporge, lungo il bordo dello sternocleido-mastoideo, dalla punta dell'osso ioide fino a due dita trasverse dal bordo superiore dello sterno; ricercato il diverticolo, questo viene esteriorizzato e quindi resecato fra due pinze con il termocauterio. Chiusura con due piani di sutura.

Gli AA. sono avversari, meno che per i malati cachettici, della gastrostomia preventiva. Dal quarto giorno si può permettere l'alimentazione liquida al malato.

MONTELEONE.

L'ulcera lineare dello stomaco.

G. Lion (*Arch. des mal. Apar. diges.*, 1922, pag. 73), richiama l'attenzione degli studiosi su alcune ulcere semplici dello stomaco, presentantisi sotto la forma di escavazioni strettissime, per lo più vicino al piloro, ulcerazioni per le quali l'A. propone il nome di ulcere lineari o *en fente*.

Macroscopicamente la lesione, esaminata dalla superficie interna dello stomaco inciso lungo la grande curvatura, ha sede per lo più a livello dell'orifizio pilorico. Quando essa occupa la regione pilorica è molto difficile decidere ad occhio nudo se riposa direttamente sulla valvola o sul versante gastrico o sul versante duodenale. L'ulcera è ordinariamente unica: in uno dei due casi di Cruveilher, era doppia. Essa appare sotto forma di un solco strettissimo della larghezza da un mm. a due mm. con l'aspetto di una linea irregolare, talora così poco accentuata da far esitare sulla sua presenza. A livello di un orifizio la lesione è anulare occupando quasi tutta la circonferenza, o i due terzi soltanto. Lontana dal piloro mostrasi a cavallo della piccola curvatura. L'ulcera è così stretta nella maggior parte della sua lunghezza, per così dire, da non esistere fondo: questo appare, e con aspetto fibroso, là dove l'ulcerazione si allarga. Anche estremamente stretta, l'ulcera può presentare tendenza alla perforazione. Esaminando dalla faccia esterna lo stomaco, questo appare, come fosse sede di una intensa perigastrite; essa porta all'aderenza dello stomaco con gli organi vicini.

Clinicamente possiamo dire che l'affezione passa per due distinti periodi: nel primo sotto la forma clinica di gastrite cronica iperpeptica o di ulcera cronica più o meno nettamente caratterizzata; nel secondo si aggrava assai rapidamente fino a raggiungere un grado tale da rendere l'intervento inevitabile. In certi casi l'evoluzione si può fare in un tempo molto breve.

La diagnosi non presenta difficoltà che allorchè si tratta di ulcera-cancro: riposa sull'esistenza di una stenosi pilorica più o meno accentuata e sul chimismo gastrico. La gastrorragia sembra rara. Se esiste iperpepsia con ipersecrezione ed ipercloridrica, la diagnosi di ulcera si impone; se esiste ipopepsia con scomparsa dell'HCl libero, la diagnosi può essere più difficile ed esitante: solo l'esistenza di un lungo passato gastrico ad andamento di gastrite cronica iperpeptica o di ulcera cronica, può permettere di differenziare l'ulcera cancerizzata dal cancro primitivo.

La prognosi evidentemente varierà secondo che si tratti di ulcera semplice o di ulcera cancro: nell'ulcera semplice, dipende dal grado di sofferenza che spinge il malato a reclamare il soccorso chirurgico o dall'indebolimento rapido che decide il medico a consigliare l'intervento.

Per la cura, non occorre dilungarci sul trattamento medico che è quello di un'ulcera in attività: ad esso si dovrà far ricorso se la stenosi è dubbia o poco stretta e se l'intervento chirurgico non s'impone per il progresso dell'inanizione o della trasformazione cancerosa.

MONTELEONE.

Il trattamento delle diarree della prima infanzia.

Dal punto di vista pratico, E. Escomel (*La Medicina Ibera*, 22 luglio 1922), consiglia di saggiare anzitutto la reazione delle feci con una cartina di tornasole. Si hanno così due gruppi.

1. *Diarrea acida.* Stato generale relativamente buono, con peso normale, numerose scariche di solito verdi, con o senza mucosità, scottatura alla regione anale. In tal caso, sarebbe un grave errore sottomettere il bambino alla dieta idrica, al calomelano, al cambiamento di regime alimentare; basterà invece neutralizzare gli acidi che si producono nei processi di digestione. Si daranno olio di mandorle dolci a mezzi cucchiaini (3-6 volte al giorno) e, prima di ogni poppata, un cucchiaio di acqua di calce, o meglio un cucchiaino della seguente mistura: creta preparata g. 6-12; mucillagine gommosa g. 150. Dopo ogni scarica, si laverà la regione anale con acqua d'amido spolverandola con talco e creta preparata a parti uguali. In 2-3 giorni. le diarree scompariranno

2. *Diarrea alcalina.* Nel *primo giorno*, dare al bambino a distanza di un quarto d'ora le seguenti polveri: Calomelano cg. dieci (tanti cg. quanti mesi di età), lattosio g. 1: m. div. in 3 polv. ug. Dieta idrica rigorosa, cioè acqua con lattosio o con saccarosio, ogni volta che il bambino ne manifesti il desiderio; un clistere mattina e sera con acqua di camomilla: applicazioni calde sull'addome ogni 2-3 ore.

Nel *secondo e terzo giorno*: ogni ora, un cucchiaio di acido lattico g. 5, acqua distillata cmc. 120, sciroppo di cotogne g. 30. Ogni 2-3 ore un alimento idrocarbonato (fecola di patate) o lattofarinaceo (farina lattea): come bibita, una decozione di riso, di seme di lino, clisteri ed applicazioni calde come sopra.

Nel *quarto-quinto giorno*, un cucchiaino ogni ora di creta preparata g. 12 in mucillagine gommosa g. 120, continuando l'alimentazione, i clisteri, le applicazioni calde.

Ritornare poi gradatamente verso l'alimentazione normale, dando eventualmente qualche digestivo. Le diarree che persistono dopo tale trattamento sono dovute ad altre cause, fra cui l'A., oltre ad infezione multipla, a lesioni croniche, mette in particolare evidenza la presenza di corpi estranei nelle vie digerenti.

fil.

Irrigazioni rettali.

L'irrigazione rettale consiste (Konigs *Le Scalpel*, n. 29, 1922), nell'iniettare nel retto e nel grosso intestino una quantità di liquido più o meno considerevole a scopo avacuatore o medicamentoso.

Sono indicazioni: Costipazione (semplici od oleosi, clisteri), Ostruzione (enteroclisi). disidratazione postemorragiche, grandi infezioni, intolleranze gastriche (clisteri alimentari). Contro indicazioni: affezioni infiammatorie del ventre necessitanti il riposo assoluto degli organi addominali, appendicite, peritonite, ecc.

Strumenti: clistere: bock con tubo di caoutchouc, cannula in vetro od in ebanite. Per il bambino: pera di caoutchouc.

Enteroclisi: bock da due litri. Acqua bollita tiepida. Sonda rettale. Per il bambino: sonda uretrale n. 25.

Clistere disidratante: bock in vetro graduato, circondato di ovatta per mantenere il liquido tiepido. Sonda rettale.

Ingrassare con olio a vasellina la sonda o la cannula: malato sdraiato sul fianco destro; bacino sollevato dal cuscino; coscie leggermente piegate; busto flesso per rilasciare i muscoli addominali.

Introdurre dolcemente fino al disopra degli sfinteri la cannula, sollevare il recipiente a circa 40 cm. e, appena giunto il liquido nell'intestino, elevarlo ad un metro. Per un piccolo clistere mezzo litro, per uno grande un litro. Si lascia il malato sdraiato sul dorso.

Il clistere può essere: tiepido (34°-37°), caldo (39°-45°), glicerinato (due o tre cucchiai per 500 gr. di acqua), lassativo (con foglie di senna, 10 gr., solfato di soda, 10 gr. decozione emolliente 30 gr.), purgativo (foglie di senna 10 gr. solfato di soda 30 gr., decozione emolliente 300 gr., filtrare accuratamente).

Enteroclisi: malato trasversalmente al letto; bacino inclinato a destra; introdurre la sonda molle fino all'ampolla rettale penetrare lentamente un po' più lontano, facendo scolare il liquido. Far penetrare così la sonda fino a 34-40 cm. sollevare lentamente la bottiglia prima a 40, poi a 60 poi ad 80 cm. al disopra del letto. Due litri per il bambino: 4-6 litri per l'adulto. Ritirare rapidamente la sonda; malato sdraiato sul dorso. Il malato si lagna di dolori vivi, poi emette gas, e successivamente materiale.

Clisteri postemorragici: soluzione fisiologica o soluzione glucosata al 30 per mille (con caffeina all'uno per mille, o con 10-20 gocce di adrenalina). Regolare lo scolo in modo da avere una goccia al secondo, cioè 200 cc. all'ora.

Altezza del recipiente: 50 cm.; posizione largamente declive (cuscino sotto le gambe). Introduzione della sonda: 30 cm.; fissare la sonda con fascia.

Clistere alimentare: prima clistere evacuatore, poi clistere alimentare: introdurre la sonda a 39 cm.; iniettare la soluzione per mezzo di una siringa.

Formula: Acqua bollita tiepida, 200 gr.; glucosio, 20 gr.; laudano 10-20 gocce; peptone secco, una cucchiaiata da caffè; ovvero: Latte e brodo: ana. 50 gr.; rhum 30 gr.; giallo d'uovo uno; peptone 5 gr.

MONTELEONE.

NOTE DI TECNICA.

La conta delle cellule nel liquor.

E. Jacobsthal (*D. Med. Wochenschr.*, n. 26, 1922) raccomanda di usare un liquido di colorazione contenente acido acetico in proporzione tale, da risultare diluito al 5 % dopo la mescolanza col liquor. Il liquido proposto si compone di 15 cmc. di soluzione alcoolica satura di bleu di metilene, di 50 cmc. di acido acetico glaciale, di 35 cmc. d'acqua distillata. La soluzione al 5 % di acido acetico distrugge gli eritrociti che potrebbero altrimenti (secondo il metodo di Fuchs e Rosenthal la concentrazione acetica è di appena 0.4 %) essere confusi con linfociti e alterare i risultati della conta.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1332) *Bromidrato di cicutina nella encefalite letargica.* — Al dott. E. S., Tavernola:

L'uso del bromidrato di cicutina, proposto in Francia da Marie, contro le mioclonie dell'encefalite letargica, nella nostra esperienza in clinica medica, non ha dato i resultati sperati. Assai più utile si è mostrata la scopolamina nella dose di un quarto e mezzo di milligrammo, *pro die* per iniezione. Il bromidrato di cicutina è stato a noi fornito dalla cortesia del prof. Gaglio, di Farmacologia in questa Università. Esso non risulta, secondo le nostre informazioni, sia stato messo in commercio in Italia. *t. p.*

(1333) *Precipitazione dell'albumina col liquido di Esbach.* — Al dott. G. M., abb. n. 996:

Tra le albumine eliminate attraverso il rene esistono indubbiamente albumine facilmente precipitabili e coagulabili ed albumine che precipitano con difficoltà e che con difficoltà coagulano. Per la precipitazione dell'albumina basta in generale diluire le urine sì da modificare la densità del liquido, per la coagulabilità basta in generale aggiungere un po' di sale per renderla più facilmente coagulabile. *t. p.*

(1334) *Sali di terre rare nella tubercolosi.* — Al dott. G. M. da Pontevico:

Non abbiamo esperienza diretta sul valore curativo dei sali di terre rare nella tubercolosi, nè possiamo per ovvie ragioni fornire le informazioni che ella chiede. Potrà avere il numero della *Presse Médicale* che le interessa scrivendo all'editore Masson e C. Boulevard S. Germain, n. 120 (6) Paris. Ogni numero separato costa 40 centesimi di Franco. *t. p.*

(1335) *Vaccini nella polisierosite.* — Al dottore C. V. abb. n. 9242:

Nessuna efficacia hanno i vaccini da lei citati nella polisierosite tubercolare. Altri vaccini, e non mancano, possono essere tenuti nella stessa considerazione. Gli elementi clinici che ella fornisce non sono però elementi probativi per la diagnosi di polisierosite. *t. p.*

(1336) *Trattati di tecnica microscopica e di bacteriologia clinica.* — Al dott. P. C. da Pontestura:

Per la bacteriologia consigliamo i trattati di DOPTER, di BESSON, entrambi recenti e con indirizzo piuttosto pratico; per la tecnica microscopica ella troverà gli elementi esposti in ogni trattato di bacteriologia o d'istologia. Un trattato però modesto di mole, con intendimenti pratici, e che comprende tutti gli esami direttamente utili al medico pratico, è il LAROCHE. *Examens de Laboratoire du médecin praticien*, edito da Masson, Paris. *t. p.*

(1337) *Patologia e terapia medica.* — Al dottore G. D. R., abb. n. 4715:

Purtroppo non esistono trattati moderni di patologia italiani; fra quelli tradotti in italiano ricordo l'ottimo manuale di Strümpell (ultima edizione) edito da Vallardi, il Mohr e Stahelin edito dalla Società libraria milanese e il Bruardel e Gilbert edito dalla Torinese. *t. p.*

(1338) Al dott. C. C. de N.:

Abbiamo risposto altre volte alla stessa richiesta. Scorra gl'indici delle ultime annate: alle voci «Bibliografia», «Indicazioni bibliografiche» troverà i richiami ai trattati di ginecologia. *a. p.*

VARIA

Divagazioni mediche sull' Italia.

In un articolo, recentemente pubblicato dalla *Deutsche medizinische Wochenschrift*, Jastrowitz tratta le condizioni della medicina e della salute pubblica in Italia, riconoscendo gli sforzi che si fanno verso un migliore assetto, ma incorrendo, fra diversi dati precisi che riporta, in qualche inesattezza che vale la pena di rilevare.

Dopo aver accennato alle condizioni economiche dei medici ed all'aspra lotta, che debbono spesso sostenere con i comuni, l'A. passa a considerazioni più generali rilevando che l'alta morbosità che si osserva tra il personale ferroviario è l'espressione di una generale svogliatezza per il lavoro, fenomeno comune a tutte le nazioni, che hanno preso parte alla guerra. Tale aumento di morbosità non è certo in rapporto con l'eccessivo lavoro, poichè, p. es. un macchinista ferroviario lavora poco più di 5 ore giornaliere con un massimo di 48 settimanali (in realtà queste si riferiscono alla sola *presenza* ed il lavoro effettivo si riduce ad un massimo di 5 ore con un minimo di ore 2.50'); l'aumento apparente di morbosità sarebbe dovuto da un lato al fatto che viene troppo spesso assecondato il desiderio dell'individuo di rimanere a casa, dall'altro al desiderio, da parte del medico, di aumentare il numero delle proprie consultazioni (ciò che da noi non corrisponde a verità, poichè il pagamento del me-

dico fiscale è globale e non già per visita); comunque l'A. riconosce che *mutatis mutandis* tali condizioni si ripetono anche per la Germania.

Un cambiamento consolante trova l'A. nello sviluppo che hanno preso in Italia i corsi di perfezionamento per medici, per i quali starebbe alla testa l'Istituto di studî superiori in Firenze. In realtà, questi corsi si tenevano largamente prima della guerra, e non solo a Firenze, ma in molte Università, negli Istituti clinici di Milano ed anche presso taluni ospedali (p. es., Venezia).

Prematura è la notizia riguardante l'Istituto di igiene ed assistenza sociale che avrebbe una propria nuova sede nella Villa Celimontana dove si terrebbero corsi di igiene anche per profani (soldati, lavoratori, impiegati, ecc.); il prof. E. Levi accoglierà volentieri tale informazione... come un augurio. Così pure accettiamo come augurio la notizia che le Paludi Pontine sono state disseccate (*die Pontinische Sümpfen trockengelegt wurden*).

L'A. consiglia i medici tedeschi ad interessarsi delle stazioni italiane di cura climatica e fisica, che sarebbero in condizioni primitive (*in Kinderschuben stecken*): che proprio le condizioni di Montecatini, Salsomaggiore e di altre stazioni citate siano quali l'A. ritiene, non ci sentiremmo di poter convenire!

Cifre ottimistiche fornisce invece l'A. sulle malattie infettive (sebbene ne tragga deduzioni pessimiste), poichè dà come denunziati nei mesi di ottobre e novembre 1921 un numero di casi inferiori alla realtà (p. es. per il tifo 5574 invece di 9281). Viceversa ha poca fiducia nelle cifre delle denuncie, e ritiene che il numero dei malati sia un *multiplo* delle denuncie. Tutti noi siamo concordi nel ritenere che le cifre di queste ultime non rispondano del tutto alla realtà, sebbene in grado diverso secondo la malattia; le due cifre saranno assai vicine per il vajuolo, affezione grave, che esige provvedimenti profilattici severi, mentre si avranno notevoli differenze per il morbillo, in cui molti casi lievi non sono nemmeno veduti dal medico. Ma si può con ragione ritenere che il numero dei casi sia ben lungi dall'essere un multiplo delle denuncie, le quali corrisponderanno... sempre almeno alla metà dei casi e meritano quindi una certa fiducia... Ne do un esempio per la tifoide; basandosi sulle letalità (14 % dei casi) si possono calcolare per due anni qualunque (p. es. 1905 e 1914) rispettivamente 77,000 e 50,000 malati, mentre le denuncie sommano a 45,700 e 29,100, cioè a circa i 3/5. Del resto in tutti i paesi le denuncie sono inferiori alla realtà: in una cittadina degli Stati Uniti abbastanza bene organizzata dal lato igienico esse sono soltanto il 30 %.

Erronei sono pure i dati sulla tubercolosi a Roma: per il maggio 1921, l'A. riporta 221 morti, mentre sono stati 126, cifra inferiore alla media mensile di altri anni (133 nel 1916) e corrisponde alla mortalità annua di circa il 2 ‰. Nel riportare poi i dati sui dispensarî antitubercolari romani, l'A. dà come affetti da tubercolosi, quelli per i quali tale diagnosi venne esclusa, 530 su 4146; i tubercolotici sono invece molto di più, 2270. Detta cifra, che corrisponde al 4 ‰ della popolazione, non dà però alcun indizio sulla vera proporzione dei tubercolotici.

Così pure il numero di 380 venereo-sifilitici curati ai dispensarî celtici municipali non indica nulla sulla diffusione di tali malattie, e neppure è un indizio di questa, il fatto che si pensi alla necessità del certificato matrimoniale. Del resto la diffusione delle malattie veneree è un fatto mondiale e forse solo più notato da noi, che avevamo prima delle percentuali basse, mentre poi la questione dei certificati matrimoniali è ben più avanzata ed apprezzata in altri paesi.

Anche per la dissenteria amebica e per la febbre di Malta, è errata l'opinione dell'A. che ritiene tali malattie peculiari della regione di Catania, poichè la prima è forse diffusa più di quanto si ritiene, la seconda si osserva specialmente in gran parte dell'Italia meridionale.

Comunque, se talune informazioni non rispondono a verità, sono palesi in tutto l'articolo la buona fede e la buona disposizione dell'A., che riconosce nella vita medica della terza Italia la nobile aspirazione, in una nazione ascendente, di eliminare gli inconvenienti igienici derivanti da ingiustizie secolari e di mantenere nella scienza medica la sua antica fama.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La glorificazione dei medici morti in guerra.

Per iniziativa di egregi colleghi è sorto in Roma un Comitato per la celebrazione dell'Ufficiale medico morto in guerra, mediante la erezione di un monumento nella Scuola di Applicazione di Sanità Militare a Firenze.

Non discutiamo la forma ed il luogo della celebrazione. Vedrà il Comitato dopo che avrà raccolto i mezzi necessarii se convenga dare alla manifestazione una espressione più estensiva, e scegliere per il monumento un luogo dal quale possa rifulgere con luce veramente nazionale ed umana la gloria dei caduti.

Per ora conviene incoraggiare con ogni mezzo, con ogni contributo la iniziativa perchè essa sia compiuta degnamente e nel termine di tempo più breve possibile.

Le centinaia di medici che hanno lasciato la vita su le nevi alpine, lungo il corso dei fiumi gloriosi, nelle lontane contrade balcaniche, nelle colonie, sul mare o in prigionia attendono ancora il segno che ricordi ai posteri il loro martirio e che ne perpetui la gloria.

Come in guerra compivano il loro sacrificio senza sollecitare ricompense e premii, doloranti e modesti consolatori del dolore degli altri, dopo la vittoria sono rimasti fino ad ora, nella mente dei superstiti, muti spettatori della glorificazione degli altri.

Ma se la glorificazione viene tardi, e quando tutti gli altri morti hanno già avuto la adeguata manifestazione di gratitudine, l'apoteosi dei medici morti in guerra deve essere più grande, e più che un rito civile deve essere un rito umano.

La glorificazione del medico morto in guerra non può, non deve essere l'espressione di un sentimento di collegialità di classe, ma deve essere solennizzata da tutto il popolo riconoscente.

Oltre ed al disopra del soldato, nell'ufficiale medico deve essere glorificata la sua missione sublime. In Lui deve essere glorificato il medico che ha servito la patria ubbidendo ai più nobili e più puri sentimenti umani, il medico che è morto per lenire le sofferenze ed i dolori degli altri, che è morto per non far morire gli altri.

Ed il monumento deve significare la scienza che si fa pietà e sacrificio, e deve essere collocato in luogo dove ognuno possa liberamente deporre il fiore della riconoscenza.

Pangloss.

Cronaca del movimento professionale.

Per la Direzione della Sanità Militare.

L'assemblea straordinaria dell'Ordine dei Medici di Napoli, adunata il 13 agosto u. s., approvava un ordine del giorno con cui:

«presa visione della discussione svoltasi alla Camera dei Deputati nella tornata del 25 luglio u. s. circa la progettata soppressione della Direzione Centrale di Sanità Militare; considerata l'opportunità della mozione presentata dall'on. Capasso ed altri...; fa voti che si perseveri nella benefica e generosa campagna iniziata, coordinandola all'azione simultanea degli altri Ordini e della Federazione degli Ordini dei Medici affinchè il nuovo Ministero, che affida per serenità e competenza, eviti la progettata, nefasta soppressione; delibera trasmettersi il presente Ordine del giorno alle Autorità competenti, agli on. Deputati firmatari della mozione suddetta, agli Ordini e alla Federazione dei Medici. E dà infine incarico al presidente, prof. Sava, perchè in seno alla Federazione stessa e nella sua qualità di Consigliere sostenga col suo consueto fervore tale espressione unanime della Classe medica napoletana».

I medici ferroviari di Napoli pe il dott. Correra.

«Il Consiglio direttivo dell'Associazione dei Medici ferroviari, Sezione di Napoli, adunatosi d'urgenza il 12 agosto per le dimissioni da componente il Consiglio stesso presentate dal medico di 1ª classe cav. Francesco Saverio Correra, in seguito alla proposta a lui ufficialmente comunicata di esonero dal servizio per scarso rendimento e motivi di salute, nel riservarsi di convocare l'assemblea generale dei soci, ad unanimità respinge le dimissioni stesse, considerando ingiustificate le motivazioni dell'esonero; e convinto che l'Amministrazione ferroviaria verrebbe col Correra a perdere un elemento prezioso difficilmente sostituibile, poichè egli non è mai stato secondo ad alcuno per ingegno, per cultura, integrità, zelo e signorilità di carattere, fa voti vivissimi che gli sia resa completa giustizia, e delibera che il presente ordine del giorno, sia pubblicato nel giornale ufficiale dell'Associazione, *Il Medico Ferroviario,* e sia trasmesso al presidente federale perchè voglia curarne la comunicazione diretta a S. E. il Ministro dei LL. PP., al Direttore generale delle FF. SS., ed al Capo Compartimento di Napoli.

Il presidente: G. TEDESCHI».

L'ordine del giorno votato dall'Associazione di Napoli trova il consenso di quanti conoscono ed apprezzano le doti di cultura e d'ingegno del dottor Correra. Meraviglia come in confronto di così distinto sanitario siasi tentato un tale provvedimento. Che l'Amministrazione delle Ferrovie voglia fare per il servizio sanitario una selezione a rovescio?

I medici di Fiume federati.

Il presidente dell'*Associazione Medica Fiumana*, dott. I. Garofalo, ha partecipato al prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, che i colleghi di Fiume si considerano costituiti in Ordine, federato agli Ordini italiani. L'Albo Fiumano è costituito da 51 medici, trá cui una dottoressa e tre medici dentisti.

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazioni sociali.

Nei giorni 3 e 4 luglio si tenne a Venezia una riunione per discutere sulle assicurazioni sociali; vi parteciparono numerosi delegati di organizzazioni sanitarie, operaie, padronali e di Istituti di Assicurazione.

Parlarono pro e contro le assicurazioni-malattie vari convenuti, tra cui il prof. Giordano e il comm. Bargoni; infine venne formulato un ordine del giorno, approvato all'unanimità, così concepito:

«Il Comitato Regionale Veneto per le Assicurazioni sociali;

convinto della necessità improrogabile che venga provveduto, sia nell'interesse delle classi lavoratrici, sia nell'interesse dell'intera Nazione, al completamento delle vigenti assicurazioni sociali mediante l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria di malattia, e all'organico coordinamento di tutte, in modo da conseguire la massima efficienza ed utilizzazione, ai fini della previdenza, dei varî Istituti ed organi assicurativi, congiunta alla maggior economia della gestione;

convinto altresì che in tal modo si possa contribuire efficacemente a risolvere anche la crisi ospedaliera e delle opere di pubblica assistenza;

fa voti perchè il Governo, mantenendo gli impegni ripetutamente presi, presenti al Parlamento, nel più breve termine possibile, un progetto di legge, il quale si ispiri ai seguenti criteri:

1) Istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie e per la maternità, gestita da Casse autonome, amministrate in prevalenza dai lavoratori interessati;

2) Coordinamento in un complesso armonico di tutte le forme di assicurazioni sociali, avente quali organi basilari le Casse di malattia;

fa voti infine che si costituisca un Comitato Regionale col mandato di tener viva l'agitazione, sia colla propaganda, sia mediante intese con Enti ed Organizzazioni e per quanto risulti possibile, promovendo la istituzione di un organismo permanente Regionale allo scopo di ottenere il conseguimento del programma affermato».

Per la Maternità fu approvato un o. d. g. formulato dal prof. Jona, col quale si propone di estendere l'assicurazione a tutte le lavoratrici delle piccole industrie e a domicilio, e possibilmente a tutte le madri indigenti, di intensificarla, di coordinarla colle istituzioni private di maternità.

Un o. d. g. proposto dal prof. Marossi dice:

«Considerato che per la diffusione della persuasione della necessità della Previdenza sociale è necessario ottenere la volenterosa cooperazione tanto dei lavoratori che dei datori di lavoro;

si dà mandato al Comitato promotore di nominare e convocare una Commissione di cittadini competenti delle varie categorie interessate, perchè valuti le obbiezioni che vengono mosse alle modalità di applicazione delle singole assicurazioni sociali, e cooperi efficacemente allo studio delle riforme e dei temperamenti, necessari a render più facilmente applicabili e più corrispondenti alle condizioni italiane le leggi di previdenza sociale».

NOTIZIE PARLAMENTARI.

Interrogazioni e interpellanze.

L'on. Federzoni aveva interrogato il ministro della guerra sulla costruzione di una veranda per cura d'aria nel campo climatico militare di Anzio. Il sottosegretario ha risposto rilevando che, data la speciale struttura del Campo Sanatoriale di Anzio, costituito da piccoli padiglioni isolati, i quali sorgono in prossimità del mare e nelle vicinanze di una pineta, gl'infermi anche adesso possono usufruire della cura d'aria per la quale viene richiesta la costruzione della veranda. Purtuttavia il Ministero, compenetrato dal desiderio di aiutare la guarigione di tanti benemeriti infermi con tutti i mezzi che la scienza suggerisce, esaminerà benevolmente la proposta dell'onorevole interrogante, appena le condizioni del bilancio lo consentiranno e se dovrà ancora dilazionarsi il passaggio del Sanatorio all'Opera Nazionale.

L'on. Bogianchino aveva interrogato il ministro dell'interno per sapere se a conoscenza della Direzione gen. di sanità sia il fatto che in alcune regioni da molto tempo è completamente cessata la vendita del chinino di Stato; se ne conosca la ragione e come intenda provvedere. Il sottosegretario ha risposto che la materia è di competenza del Ministero delle Finanze; che non è stato possibile esperire indagini, non avendo l'onorevole interrogante indicato le località in cui la deficienza di chinino si sarebbe verificata; che, nell'esercizio in corso, la vendita a prezzo ordinario è generalmente aumentata; anche tenuto conto delle diminuzioni avvenute in alcune provincie, emerge una differenza globale in più per ben 1333 chilogrammi.

L'on. Bombacci aveva interrogato il presidente del Consiglio dei ministri, ministro dell'interno, sui provvedimenti adottati o che intenda adottare negli Ospedali uniti di Napoli in seguito alle risultanze dell'inchiesta compiuta. Il sottosegretario ha risposto che l'inchiesta segue il suo corso.

☛ Da tenere presente!

L'importo d'abbonamento va inviato mediante Assegno Bancario o con Cartolina-Vaglia. Coloro che desiderano versarlo contro nostra Tratta postale, tengano presente che questa dovrà essere aumentata di circa 5 lire per le tasse accessorie ed altri diritti postali.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza sui prodotti arsenobenzolici.

Ricordiamo che con D. M. 25 aprile 1922 i prodotti organici dell'arsenico, quali il salvarsan, il neosalvarsan, l'atoxil, ecc., sono stati compresi fra i prodotti affini ai vaccini, virus, sieri curativi e tossine di cui all'art. 132 del T. U. delle leggi sanitarie.

In base alle disposizioni impartite dal Ministero, a partire dal 1° ottobre p. v. non sarà consentita la vendita di prodotti arsenobenzolici confezionati da stabilimenti che non siano stati a ciò debitamente autorizzati a norma del citato articolo di legge.

Igiene degli alberghi.

È già preparato e verrà quanto prima sottoposto all'esame del Consiglio dei Ministri il nuovo regolamento contenente le norme per l'attuazione di miglioramenti igienici negli alberghi.

In attesa della pubblicazione di tali norme, in base alle quali spetterà alle Autorità sanitarie provinciali e locali e all'«Enit» una concorde azione di vigilanza per assicurare la perfetta igiene negli albreghi, la Direzione generale dell'«Enit» ha istituito un apposito ufficio sanitario per sovraintendere, per quanto di propria competenza, alla detta vigilanza.

L'«Enit», a mezzo dei suoi funzionari, intende avviare un sistema metodico di visite, aventi per iscopo di rilevare, di regione in regione, le condizioni singole degli alberghi, specialmente nei riguardi della loro tenuta e delle loro condizioni igieniche.

Le Prefetture, alla loro volta, provvederanno a far rimuovere entro un breve termine i rilevati inconvenienti; e sono state già diramate loro opportune istruzioni per tale servizio.

L'organizzazione di questo nuovo servizio è stata ideata e sarà regolata in tutti i suoi più minuti particolari, di concerto fra il Governo e l'«Enit», in guisa tale da dare pieno affidamento di ottimi risultati.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Roma*: Dottori: Balducci Ilario, Paliano — Gentile Alberto, Albano — Figoli Torquato Fausto, Ceprano — Baldasserini Angelo, Sezze — Martelli Lodovico, Veroli — Buglioni Giovanni Battista, Alatri — Miracapillo Gennaro, Celleno — Di Biagio Fernando, Grotte di Castro — Antonelli Giuseppe, Viterbo — Bonadonna Antonio, Olevano — Masetti Cesare, Prossedi — Benedetti Ernesto, San Lorenzo Nuovo — Alessio Paolo, Tolfa — Cavicchia Egisto, Velletri — Arias Paolo, Bolsena — Bonanni Romolo, Canino — Marchetti Giacomo, Castelgandolfo — Grella Carlo, Faleria — Lamagna Domenico, Genazzano — Francavilla Aristide, Genzano — Galanti Fausto, Montelibretti — Burani Carlo, Monterotondo — Lombardi Vincenzo, Moricone — Petrilli Amerigo, Palombara — Massari Michele, Roccapriora — Marseglia Domenico, San Polo de' Cavalieri — Paolelli Filippo, Sermoneta — Alichaman Armenak, Trevi nel Lazio — Di Marco Antonino, Acuto — Duca Francesco, Canale Monterano — Tretola Carmine, Castel Madama — Zampilloni Giovanni, Civitacastellana — Bellati Luigi, Corneto Tarquinia — Mazzetti Luigi, Frascati — Riccardi Vincenzo, Mentana — Rusconi Camillo, Montecelio — Falchitto Antonio, Monterosi — Carano Michelangelo, Roiate — Sordone Antonio, Vallecorsa — Venere Ernesto, Terracina.

Provincia di *Milano*: Dottori: Martinelli Alessandro, Milano — Somaini Guido, Milano — Pestalozza Luigi, Milano — Perego Giacomo, Gorgonzola — Gandini Luigi, Legnano — Chirelli Giulio, Nerviano — Bonafede Achille, Abbiategrasso — Pignacca Giuseppe, Agrate Brianza — Crespi Camillo, Albiate con Sovico — Gatti Andrea, Bellusco con Ornago — Casati Achille, Brugherio — Ferrari Achille, Ceriano Laghetto — Pavesi Tommaso, Musocco — Franzoni Michelangelo, Paderno Dugnano — Coli Gaetano, Carate Brianza — Spizzi Carlo, Cassano d'Adda — Riva Guglielmo, Castano Primo — De Gresti Arturo, Inzago — Rossi Luigi, Rescaldino — Campesi Francesco, Vaprio d'Adda — Morselli Carlo, Aicurzio — Soncini Giuseppe, Baggio — Marzari Natale, Garbagnate Milanese — Gilli Costanzo, Gallarate — Tonello Antonio, Greco Milanese — Vignali Leopoldo, Lissone — Gelati Fausto, Magenta — Broglio Oreste, Magenta — Curti Erindo, Mediglia — Candia Alessandro, Parabiago — Tamè Angelo, San Colombano al Lambro — Baroni Ezio, Triuggio — Vallerani Santino, Pioltello con Rodano — Moretti Luigi, Sant'Angelo Lodigiano — Grassi Ottorino, Sant'Angelo Lodigiano.

Provincia di *Cremona*: Dottori: Fezzi Giovanni, Soncino — Zambellini Filippo, Crema — Monici Erasmo, Soresina — Olivari Antonio, Casalbuttano — Manara Luciano, Casalmaggiore — Bettazzi Carlo, Annicco — Soldi Paolo, Vescovato — De Poli Cesare, San Bassano — Pagliari Luigi, Stagno Lombardo — Pagani Enrico, Azzanello — Lumini Norberto, Bagnolo Cremonese — Melloni Giuseppe, Malignano — Balestrieri Camillo — Calvatone — Palladino Gennaro, Carpaneta d'Osimo — Cappi Ercolano, Castelverde — Cerioli Mario, Grumello Cremonese — Lambri Renato, San Daniele Ripa Po — Tedolfi Tommaso, Camisano — Ferrari Carlo, Romanengo — Bordoni Emanuele, Cingia de' Botti — Tagliasacchi Antonio, Crote de' Frati — Valletti Vittore, Credera — Quaranta Battista, Formigara — Albertoni Cesare, Pescarolo — Braga Paolo, Pieve del Mona — Scolari Andrea, Grontardo — Bocchi Sisto, Gussola — Campani Leandro, Modignano — Agosti Leopoldo, Offanengo — Ricciardi Nicola, Paderno Cremonese — Pozzali Carlo, Pandino — Labadini Luchino, Sergnano — Grossi Baldassarre, Pizzighettone — Palazzo Angelo, Rivolta d'Adda — Carioni Tito, Rivolta d'Adda — Tavecchi Luigi, Robecco d'Oglio — Cauzzi Giuseppe, Sesto Cremonese — Sarzi Amedeo Luigi, Torricella del Pizzo — Riversi Silvio, Torlino — Cattaneo Paolo, Cremosano — Soldi Luigi, Cella Dati — Guarneri Isaia, Corte de' Cortesi — Conti Carlo, Trigolo — Lazzarini Pietro, Olmeneta — Segalini Antonio, Ombriano — Bertolotti Guido, Ossolaro — Battaglia Aristide, Ostiano — Cavalli Geremia, Pieve d'Olmi — Tedoldi Amilcare, Pieve San Giacomo — Anselmi Raffaele, Pozzaglio — Ortuani Arturo, Spino d'Adda — Visioli Francesco, Torre Picerardi — Vignali Angelo, Vaiani Cremasco — Caccialupi Giulio, Spinadesco.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Baschi (*Perugia*). — A tutto 30 sett.; L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 indenn. resid., addizion. L. 2; tre quinq. decimo. Serv. entro 20 g. Per due frazioni.

Bergantino (*Rovigo*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 2 c.-v.; L. 500 se il medico non trovasse conveniente alloggio; L. 2500 cav. oppure L. 1000 bicicl.; L. 400 se uff. san. Stato fam.

Boccolo dei Tassi (*Piacenza*). — L. 6500 stip. resid., L. 3000 stip. addizion. fino a 1000 pov., lire 3000 cav., L. 1500 c.-v. cav., L. 1200 c.-v., L. 300 uff. san., 5 quadr. dec. Serv. entro 15 gorni. Scadenza 10 ottobre.

Campagnatico (*Grosseto*). — Scad. 30 sett. Per Casale di Pari. L. 9000 e c.-v.

Carpegna (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 settemb. Consorzio. L. 7000 e tre sessenni decimo; L. 3400 cav., L. 1500 disag. resid. L. 600 uff. san.; caro-viv.

Cascia (*Perugia*). — Condotta primaria prevalentemente chirurgica e condotta medica. Vedi fascic. 36. Scad. ore 18 del 2 ottobre.

Cascia (*Perugia*). — Consor.; L. 5000 (*sic*) e 3 quinq. decimo, due c.-v., indenn. cav. e assistenza zooiatr. da stabilire. Scad. ore 18 del 15 ottobre. Serv. entro 20 giorni.

Caserta. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

Castel del Monte (*Aquila*). — Per trenta giorni dal 29 ag.; L. 6000 p. pov., sessenni dec., L. 500 disag. resid., L. 500 uff. san., due c.-v. Iscriz. Ordine. Età limite 40.

Castiglione dei Pepoli (*Bologna*). — Scad. 27 sett. L. 8000 e 5 aum. di L. 600, L. 3000 cav., L. 1600 uff. san. e serv. carceri.

Cerignate (*Pavia*). — Consorz. 3 com.; ab. 5080; L. 6500; addiz. oltre 1000 pov.; cav.; c.-v. Scad. 20 ottobre.

Como. *Ospedale Provinciale Psichiatrico*. — Due medici di Reparto; vedi fasc. 36. Scad. ore 17.30 del 30 sett.

Cureggio (*Novara*). — L. 6000 per 300 pov., addizion. L. 5, uff. san. L. 500, mezzi trasp. L. 500, alloggio, doppio c.-v. Scad. 30 settembre.

Firenze. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Titoli ed esami. L. 9000 e 8 trienni decimo; indennità temporanee di c.-v. e di missione. Esclusione da incarichi retrib. e dall'esercizio profession. Ab. 60.000 di cui 21.900 nel centro capoluogo. Scad. 31 ottobre.

Fosdinovo (*Massa Carrara*). — Scad. 30 sett. Frazioni; distanza mass. 8 km.; ab. 1900 di cui 215 a cura grat.; L. 6000, con c.-v., L. 1000 cavalc., salvo approvazione G. P. A.

Grottammare (*Ascoli Piceno*). — Due cond.; a tutto il 15 ott. Età lim. 40 al 10 sett. Iscrizione in un albo. L. 6500 e 5 quadrienni dec.; doppio c.-v. Al sanitario che avrà titoli prevalentem. chirurgici direz. Osped.; compenso di L. 500. Per assistenza ai non facoltosi L. 3500. Trasp. a carico del comune. Ab. 5000; staz. balneare.

Lubriano (*Roma*). — Proroga al 5 ott., ferme restando le altre condizioni.

Marino (*Roma*). — 3ª cond., prevalentem. chirurgica, e direzione Ospedale; L. 10,000 e addizion. L. 1.50 sopra 2000 pov.; doppio c.-v. Aiutato biennale in clinica chirurg. o in ospedale di città con almeno 10,000 abit. Preferenza: pratica in radiologia. Inscrizione nell'Ordine. Scad. 30 giorni dal 3 sett.

Melito Porto Salvo (*Reggio Calabria*). — Scadenza 30 giorni dal 4 settembre. 2ª condotta medica, L. 4000 più L. 1200 indenn. cavalc. Limite età 39 anni. Documenti di rito.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

Monte Urano (*Ascoli Piceno*). — A tutto 10 ott.; L. 5500 residenziali e L. 1000 fino a 1000 pov.; L. 2.50 addizion.; L. 3000 cavallo; 5 bienni ventesimo; doppio c.-v.; L. 4500 pei non facoltosi. Iuscrizione in un Albo. Abit. 3119.

Piani (*Porto Maur.*). — Consor. L. 5832 e 5 quadrienni decimo. Scad. 10 ottobre.

Pomarance (*Pisa*). — Scad. 30 sett. L. 6000 e 4 quinq. dec.; L. 4000 cav.

Porano (*Perugia*). — Scad. 30 ott. L. 6000 per 1000 pov., L. 1000 di resid. povera se abbienti meno di 300, L. 1000 trasporto in campagna, L. 200 uff. san. e arm. farm., tre quinq. decimo.

Porto S. Giorgio (*Ascoli Piceno*). — Al 10 ott.; cond. preval. chirurgica; L. 6500 resid. e cura pov., L. 4500 semi-abb., L. 2000 servizi chirurgici, 2 c.-v., aumenti periodici; 6040 ab. su 773. Inscriz. in un albo.

Roma. *Istituto di Clinica Ortopedica e Traumatologica*. — Assistente effettivo; vedi fasc. 36. Scad. 30 sett.

Roma. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

S. Anatolia di Narco (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

S. Chirico Nuovo (*Potenza*). — Scad. un mese dal 4 sett. Età-limite 35. Serv. entro 25 g. L. 4100 (*sic*) e doppio c.-v.

S. Pietro Avellana (*Campobasso*). — A tutto 30 sett. Età limite 39. Iscriz. Ord. L. 3500 (*sic*) e 4 quinquenni dec.; doppio c.-v.

Spello (*Perugia*). — Scad. 30 sett. L. 6000, tre quinq. dec., doppio c.-v., L. 600 uff. san.

Spello (*Perugia*). — Scad. 30 ott.; per i pov. di Mirabello L. 6500 (in corso aum. a 7400), doppio c.-v., L. 2500 cav. (in corso aum. a 4000).

TORINO. *Ospedale Celtico di S. Lazzaro* (Corso Cairoli, 14-*bis*). — Medico primario. Scad. 30 sett. Stip. come da regolam. int. e tabelle organiche visibili presso la Direzione. Iscriz. a un Albo. Documenti non ant. a 3 mesi dal 10 agosto. Titoli e pubblicaz. in 5 esemplari.

TORINO. *Ospedale infantile Regina Margherita.* — Primario di chirurgia, assistente di medicina e radiologo; vedi fasc. 35. Scadenza 31 ottobre.

VILMINORE (*Bergamo*). — Consor.; ab. 2300 con circa 1400 pov. L. 6500 e addiz. L. 250 ogni 100 pov. fino a 2000; L. 500 uff. san.; L. 1000 mezzo trasp.; L. 2000 disag. resid.; doppio c.-v. Scadenza 3 ottobre.

PAVIA. *Istituto di Clinica Chirurgica e di Medicina Operatoria.* — Sono vacanti quattro posti di Allievo-interno-laureato per l'anno scolastico 1922-1923. Gli aspiranti dovranno versare all'Economo della R. Università L. 200 e rivolgere la domanda in carta bollata al Direttore dell'Istituto, professor Iginio Tansini, allegando il diploma di laurea.

Medico-chirurgo giovane, pratica ostetrica condotta, assumerebbe assistentato clinica o casa di salute privata ostetrica. Offerte al dott. O. B., Fermo posta - Issime (Torino).

Medico-chirurgo, laureato da sette anni, ottimi titoli medici e chirurgici, cerca posto casa di cura medica o chirurgica, radiologica, sanatorio od ospedale. Scrivere: Dante Cecchi, Corte Bertolini, 8 - Lucca.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Ortignano Reggiolo (Arezzo).

Revoca di diffide: Cittiglio (Como).

La Presidenza dell'Ordine dei Medici della Provincia di Perugia ricorda che *la Provincia di Perugia è bloccata*, ossia sono *diffidati tutti i concorsi* banditi dei Comuni della provincia alle condotte mediche.

La Sezione Spoleto-Norcia dell'A. N. M. C. ricorda che il concorso per la condotta medico-chirurgica di S. Anatolia di Norcia-Scheggino (prov. di Perugia) continua ad essere boicottato, a favore del dott. Arturo Vannuccini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio dell'Associazione dei Medici Ospedalieri di Napoli e Provincia ha nominato presidente onorario il sen. prof. A. Cardarelli.

Quale successore del compianto prof. Löhlein alla Direzione dell'Istituto Patologico dell'Ospedale Westend a Marburgo è stato chiamato il prof. Versé.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande Ufficiale: dott. Ercole Scabio, primario e direttore sanitario dell'Ospedale Civile di Bassano Veneto.

Commendatore: dott. Oscar Caracciolo, S. Vincenzo La Costa.

Ufficiale: dott. Celso Arata, Lucca.

NOTIZIE DIVERSE.

Prossimi Congressi.

XI Congresso Ital. di Stomatologia. Roma, 1-8 ottobre. Vedi fascicoli 27 e 28.

X Congresso Ital. di Pediatria. Milano, 1-4 ott. Vedi fasc. 27.

III Conferenza Internaz. di Psicotecnica applicata. Milano, 1-5 ott. Vedi fasc. 35.

XXXI Congresso Franc. di Chirurgia. Parigi, 2 ott. Vedi fasc. 21.

X Riunione della Società Ital. di Patologia. Padova, 10-11 ott. Vedi fascicoli 30 e 35.

XVI Congresso Franc. di Medicina. Parigi, 12-14 ott. Vedi fasc. 23.

XIV Congresso Ital. di Freniatria. Genova, 19-21 ott. Vedi fascicoli 23 e 26.

XXVII Congresso Ital. di Medicina Interna. Firenze, 21-24 ott. Vedi fasc. 38.

XXVIII Congresso Ital. di Chirurgia. Firenze, 21-24 ott. Vedi fasc. 39.

Congr. Ital. di Urologia. Firenze, 24 ottobre. Vedi fasc. 39.

XV Congresso Ital. d'Idrologia, Climat. e Terapia fis. Palermo, primavera del 1923. Vedi fascicolo 36.

V Congresso Ital. di Radiologia Medica. Palermo, sett. 1923. Vedi fasc. 29.

XIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Avrà luogo a Firenze dal 21 al 25 ottobre contemporaneamente a quello della Società Italiana di Medicina.

Saranno discusse le seguenti relazioni:

1) Ulcera duodenale (prof. Alessandri);

2) Aneurismi arteriosi ed artero-venosi (professori De Gaetano e Zabelloni).

I soci che desiderano fare comunicazioni debbono mandare prima del 30 settembre il titolo al Segretario prof. Leonardo Dominici, R. Clinica Chirurgica, Policlinico, Roma, e dovranno consegnare un sunto dell'argomento da svolgere prima di fare la comunicazione. Verranno spediti a tutti i soci i moduli per usufruire dei ribassi ferroviari.

Congresso della Società Italiana di Urologia.

Il 24 ottobre avrà luogo a Firenze il Congresso della Società Italiana di Urologia col seguente ordine del giorno: 1) Presentazione dello Statuto della risorta Società Italiana di Urologia; 2) Risultati remoti della prostatectomia, tema ufficiale del Congresso; relatori: proff. Gardini e Lasio; 3) Comunicazioni e varie.

Si prega d'inviare in tempo utile al segretario il titolo delle comunicazioni che s'intendessero fare.

Presidente provvisorio della Società è il professor Nicolich; segretario provvisorio il dott. Ravasini (Ospedale Regina Elena - Trieste).

XI Congresso Italiano di Stomatoodontologia.

Sotto l'alto patronato di S. M. il Re e sotto la presidenza onoraria di S. E. il Ministro della

P. I., avrà luogo in Roma, dal 1° all'8 ottobre p. v., l'undecimo Congresso italiano di stomato-odontologia. Il Congresso è promosso, come di consueto, dalla Federazione Stomatologica Italiana; quest'anno però vi concorrono anche le altre associazioni odontoiatriche italiane: Federazione tra gli Ordini degli Odontoiatri d'Italia, Fascio Odontostomatologico Meridionale, Federazione Odontologica Italiana.

Il Comitato ordinatore del Congresso è costituito dalla Sezione Laziale della Federazione Stomatologica Italiana col concorso dei rappresentanti delle altre suddette Associazioni.

L'inaugurazione avverrà domenica mattina 1° ottobre alle ore 11 nell'Aula magna della R. Università e subito dopo avrà luogo una colazione offerta dai colleghi romani agli ospiti ed alle autorità.

Lunedì mattina alle 9, alla Sapienza, si inizieranno i lavori. Sono annunciate finora circa cinquanta comunicazioni e relazioni sugli argomenti più varii ed interessanti.

Il Comitato ordinatore sta organizzando un programma di visite, gite, ecc., che darà modo ai Congressisti di ammirare tutto ciò che di più attraente vi è a Roma. Il Congresso si chiuderà con una grande gita in Umbria, visitando Spoleto e il Monte Tuco, le fonti del Clitunno, Assisi e Perugia.

Si annuncia l'intervento di eminenti odontoiatri stranieri.

Tutti i medici italiani possono partecipare a questo Congresso inviando quota di L. 25 all'Amministrazione della Federazione Stomatologica Italiana, Milano, via Laura Mantegazza 10, che si darà premura di far pervenire il programma, la tessera e la richiesta per poter fruire dei consueti ribassi ferroviarii (tariffa diff. B).

Per notizie riguardanti l'ordinamento locale del Congresso (alloggi, gite, ecc.), rivolgersi al professor Arrigo Piperno, piazza S. Bernardo, 108-A, Roma.

V Congresso della Società Italiana di Radiologia Medica.

Come già abbiamo annunziato il V Congresso della Società Italiana di Radiologia medica sarà tenuto a Palermo nel settembre del 1923. Presidente onorario della Società è il sen. prof. Mario Corbino ed il Consiglio direttivo è presieduto dal prof. Bertolotti; segretario-cassiere il prof. Ponzio. La presidenza onoraria del Congresso di Palermo sarà tenuta con speciale interesse dal sen. Mario Corbino, sotto i cui auspici il Congresso avrà il più lusinghiero successo. Presidente effettivo è stato nominato il prof. G. Scaduto; vice presidente il prof. G. Arnone.

I temi del Congresso sono: 1) «Radiodiagnostica dell'apparato urinario»; 2) «Pneumoradiografia»; 3) «Terapia delle malattie cutanee». Nell'occasione del Congresso, si terrà in Palermo una esposizione di strumenti ed apparecchi di radiologia, a cui prenderanno parte le Case Italiane: Balzarini, Bobbio e Cardolle, Gorla, ecc. e le Case estere, fra cui la Casa Veifa, la Reinigert, Itten, ecc.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

L'Associazione fra i Medici Ospitalieri di Roma e Provincia ha fondato in Roma, sotto il patrocinio e col concorso degli Ospedali riuniti, la Scuola Medica Ospitaliera, con lo scopo di: 1) Completare la preparazione degli studenti all'esercizio professionale; 2) Dare a tutti i Medici la possibilità di trarre profitto dal movimento clinico degli ospedali.

Per attuare questo programma, la Scuola Medica Ospitaliera, che può contare sopra insegnanti numerosi e specializzati e su un materiale clinico dovizioso, consterà di:

a) Corsi trimestrali o bimestrali (e mensili per i medici condotti) di tirocinio clinico, sia generale, sia speciale, durante i quali gli studenti e i medici, riuniti in gruppi e divisi nelle varie corsie, saranno messi a contatto dei malati, che verranno loro illustrati dai primari e prenderanno attiva parte al lavoro dei reparti (visita giornaliera, medicazioni, operazioni, pronto soccorso, ambulatori, laboratori, sala incisoria, ecc.);

b) Corsi quindicinali o mensili di tecniche speciali (ad esempio: cistoscopia, oftalmoscopia, sfigmomanometria, elettrodiagnostica, pneumotorace, tecnica delle autopsie, ecc.);

c) Conferenze pubbliche gratuite, per medici e studenti.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Per iscriversi ai corsi (di cui saranno pubblicate a principio di ogni anno scolastico le norme e gli orari) occorre farne domanda al Presidente del Comitato Direttivo. La tassa d'iscrizione per il 1922-1923 per ogni corso è di L. 50 per i medici, L. 25 per gli studenti. Saranno fissate anno per anno le eventuali tasse per esercitazioni di laboratorio. Per notizie e schiarimenti rivolgersi all'Ufficio di Segreteria (Policlinico Umberto I) aperto tutti i giorni dalle ore 10 alle 12.

Il Presidente del Com. Direttivo
R. BASTIANELLI.

Corso accelerato sulle Malattie tubercolari a Genova.

Nell'Istituto di studi sicentifico-pratici sulla tubercolosi, che ha sede in Genova presso la Clinica medica della R. Università diretta dal prof. sen. E. Maragliano, si terrà dal 14 novembre al 16 dicembre 1922 un Corso Accelerato sulla Patologia e Clinica della Tubercolosi.

Questo comprende: *a*) lezioni ed esercitazioni pratiche di clinica e di laboratorio sulla patologia generale della tubercolosi e delle malattie tubercolari del polmone (Clinica medica del prof. Maragliano e Laboratori annessi); *b*) lezioni ed esercitazioni sulla tubercolosi chirurgica (Clinica chirurgica diretta dal prof. Tusini); *c*) lezioni ed esercitazioni sulla clinica speciale delle malattie tubercolari. [Prof. Pacchioni (Pediatria), prof. Clivio (Ginecologia), prof. Radaeli (Dermopatica),

prof. Masini (Otorinolaringoiatria), prof. Ovio (Oculistica)]; *d*) conferenze dimostrative dei professori: Canalis (Igiene), Trambusti (Patologia Generale), Livierato (Patologia Spec. Medica), Morselli (Neuropsichiatria), Fabris (Anatomia Patologica), Perrando (Medicina Legale).

I medici italiani e stranieri vi sono liberamente ammessi. L'iscrizione è gratuita. I medici stranieri che dopo il corso vorranno continuare a seguire le esercitazioni cliniche nella Clinica del prof. Maragliano vi saranno accettati.

Indirizzare le domande alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, via Balilla, 5 - Genova.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi polmomonare a Parigi.

Sotto gli auspicii della Facoltà Medica e della Commissione Rockefeller per gli studi sulla tubercolosi in Francia, all'Ospedale Laënnec e al Dispensario L. Bourgeois sarà tenuto un corso di perfezionamento sulla tubercolosi polmonare, che durerà quattro settimane a cominciare dal 2 ottobre. Sarà diretto dai dottori Rist e Ameuille, cui possono chiedersi chiarimenti (Hôpital Laënnec, Paris).

Le iscrizioni si ricevono alla Facoltà di Medicina, sportello n. 3, il giovedì ed il sabato, dalle 12 alle 15.

Ricovero per gli infortunati e affetti da malattie professionali.

La Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro ha istituito in Torino un proprio reparto ospitaliero, annesso all'Ospedale di S. Vito, succursale dell'Ospedale Maggiore di San Giov. Battista e della Città di Torino, intitolato al suo illustre Presidente on. sen. marchese «Cesare Ferrero di Cambiano».

L'Ospedale è destinato al ricovero, all'assistenza ed alla cura degli operai delle industrie e dei campi, assicurati presso la Cassa Nazionale Infortuni, appartenenti alle provincie piemontesi, che siano stati colpiti da infortuni sul lavoro, o da malattie professionali, la cura dei quali, per la natura o per la gravità delle lesioni, non possa venire applicata a domicilio o ambulatoriamente, ma solo in degenza ospitaliera.

Esso è capace di 60 letti distribuiti in due reparti: uno per donne e uno per uomini. Possiede due camere operatorie per gli interventi settici ed asettici, camere di medicazione, sale di idroterapia, sale di applicazione per gli apparecchi gessati, gabinetto di sterilizzazione, una grande sala delle macchine per le cure meccaniche, una sala per le cure termo-elettriche, una per gli apparecchi elettrici a scopo diagnostico e curativo; un gabinetto radiologico; un gabinetto per analisi chimiche; uno per analisi microscopiche; un archivio medico sociale; un teatro per proiezioni cinematografiche; un guardaroba vestiari; un locale per bagni di pulizia, fornito di stufa per riscaldamento della biancheria; un refettorio; un parlatorio; una Cappella; una cucina, una dispensa, ecc. In appositi fabbricati nell'ampio giardino trovan posto i servizi esterni: incenerimento delle immondizie, disinfezione di indumenti ed utensili, lavanderia meccanica, con essiccatoio centrifugo, camera mortuaria ed incisoria preceduta da una piccola Cappella; dormitorio per infermieri.

Il servizio è affidato ad un Chirurgo Primario specializzato in traumatologia e ortopedia, coadiuvato da un Medico Aiuto ed un Medico Assistente, ed è integrato da un servizio di guardia medica e di accettazione permanente.

Le spese di degenza e di cura e per la fornitura eventuale di apparecchi di protesi verranno tutte sostenute dalla Cassa Nazionale Infortuni.

I Sanitari, nei casi nei quali riconoscano la opportunità del ricovero di un operaio o di un agricolo infortunato, assicurato presso la Cassa Nazionale Infortuni, dovranno darne avviso, telegrafico nei casi urgenti, alla Direzione del Compartimento della Cassa Nazionale Infortuni in Torino (v. S. Teresa, 19)

Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria.

Abbiamo già dato notizia dell'erezione in Ente morale di questo Istituto, avvenuta con R. D. 14 maggio u. s.; riportiamo ora le principali disposizioni dello Statuto che lo reggono.

L'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria ha per scopo la diffusione e l'incremento degli studi storici di questa disciplina in tutti i suoi aspetti e rapporti e principalmente con un Museo Storico dell'Arte Sanitaria, al quale sono annessi un Archivio ed una Biblioteca. Esso ha sede in Roma, nell'antico Ospedale di S. Spirito in Sassia. I membri sono italiani e stranieri e dividonsi in: fondatori, benemeriti, perpetui, annuali e corrispondenti. Possono essere anche membri dell'Istituto gli Enti, le Istituzioni sanitarie e scientifiche, gli Istituti di credito e bancarii, le collettività commerciali e simili. Sono membri perpetui dell'Istituto quanti, Enti o persone, paghino una quota unica di L. 500; annuali quanti paghino una quota annua di L. 10.

L'Istituto è retto da un *Comitato direttivo* costituito dai Capi degli Enti fondatori e dai tre rappresentanti dei membri perpetui ed annuali.

La *Commissione esecutiva* ha un Presidente, un Vice Presidente, un Segretario, un Conservatore delle collezioni e dei libri ed un Tesoriere-economo.

Le adunanze dell'Istituto hanno per fine argomenti Storico-scientifici-artistici, oppure questioni amministrative. Esse sono private. L'Istituto pubblica un *Bollettino* che comprende una parte scientifica ed una parte amministrativa.

Si è spento a 59 anni, in Cappelle sul Tavo (Aquila), il dott. GIUSEPPE DI GIANDOMENICO, il quale era generalmente apprezzato per il vigore dell'ingegno e della dottrina, per la bontà del cuore, per le virtù domestiche e civili.

P. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Acad. de Méd., 27 giu. — P. RIBIERRE e R. GIROUX. Tachisistolia e fibrillazione auricolare larvata. — J. J. DUMONT. Regime dei diabetici.

Journal Amer. Med. Assoc., 24 giu. — W. J. STONE. Trattamento del tetano. — A. ZINGHER. Tossina-antitossina difterica per l'immunizzazione praticata in due scuole di New York. — W. A. JENKINS. La miocardite e il suo trattamento.

Brit. Med. Journ., 8 lug. — A. BURROWS. Sulla radiumterapia del cancro.

Zentbl. f. inn. Med., 8 lug., — Trattamento precoce delle infezioni puerperali e abortive.

Pathologica, 15 lug. — A. SERRA. Ricerche nell'infezione leprosa.

Lancet, 15 lug. — G. HOLMES. Sintomi clinici delle malattie cerebellari e loro interpretazione. — C. WATSON. La flora intestinale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 13 lug. — A LORENZI. Digestione gastrica nell'ipertiroidismo.

Les Néoplasies, 15 mag. — A. ROBIN. I globuli bianchi nel sangue dei cancerosi. — C. SCHMITT. La radio e la curieterapia sono realmente dannose ai malati?

Minerva Med., 15 lug. — M. ARLOTTA. Il drenaggio permanente alla Parlavecchio nella cura della peritonite tubercolare. — A. CECONI. L'anemia perniciosa progressiva.

Folia Med., 30 giu. — G. MONATI. Antagonismo fra surrenali e pancreas.

Riv. crit. di Clin. Med., 5 giu. — P. PIERACCINI. Il «camaleontismo oculare» come segno della meningite della base.

Paris Méd., 15 lug. — Numero sulla chirurgia ortopedica.

Presse Méd., 15 lug. — J. BEZANÇON, S. I. DE JONG e A. JACQUELIN. Effetti della clorurazione nei cardio-renali. — J. RENAULT e P.-P. LÉVY. Nuovo processo di vaccinazione antidifterica.

Giornale di Clinica medica, 30 giugno 1922. — L. BONACORSI. La siero reazione di Dodd nella diagnosi della lue.

Pediatria. — SPOLVERINI L. L'influenza del siero sulla reazione di Schick non è un fatto specifico.

Paris méd., 1 luglio. — LEREBOULLET e J. HEITZ. Le malattie del cuore e dei vasi nel 1922. — LECONTE. La patologia del sangue nel 1922.

ARCHIVI.

Archives Méd. Belges, mag. — R. LAKAYE. Il treponema nello sperma. — A. HOVEN. La sifilide nelle affezioni mentali.

American Journal Med. Sciences, luglio. — E. LEWIS. Azione dell'atropina e della chinidina nella fibrillazione auricolare. — R. L. CECIL. Etiologia della pneumonite. — L. W. WARFIELD. Sporotricosi gommosa disseminata. — B. P. STIVELMAN. Prognosi comparata delle lesioni tubercolari del polmone destro e del sinistro. — B. N BERG. Il sangue nella nefrite cronica azotemica. — W. THOMPSON. Lombaggine sifilitica.

Ann. Inst. Pasteur, giu. — A. BESSON e V. DE LAVERONE. Le aertrykosi umane.

Am. Journ. of Obstet. and Gynecol., giugno. — G. G. WARD. La fisiologia come base della ginecologia futura. — P. GRAVES. La funzione ovarica. — F. C. HENDRICKSON. Dispositivo per manipolazioni asettiche.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 2 Ottobre 1922 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Fenomeni anafilattici nell'echinococco cerebrale

pel prof. GIUSEPPE SABATINI,
assistente della Clinica Medica.

Si conoscono oggi abbastanza bene i quadri clinici determinati nell'uomo dalle localizzazioni delle cisti di *Taenia echinococcus* nei vari organi. Ma non altrettanto chiarite sono le modificazioni di indole biologica, cioè le manifestazioni serologiche e i fenomeni immunitari, che la presenza del parassita determina nell'ospite. Le sindromi drammatiche che possono osservarsi in casi di spontanea rottura della cisti idatidea o di apertura della medesima mediante l'ago d'esplorazione si sono venute spiegando solo allorchè si è conosciuta l'anafilassi.

La sintomatologia tumultuosa che segue alla apertura di una cisti d'echinococco ha infatti tutta la fisonomia dello shock anafilattico, quale si scatena negli individui specificamente sensibilizzati; la rapidità d'insorgenza, i fattori costitutivi del quadro (eruzione esantematica, prurito, cianosi, dispnea, collasso e perfino morte), il dileguarsi senza postumi di un così imponente complesso sono invero caratteri di un episodio anafilattico.

È stabilito da concordi esperienze, sugli animali e sull'uomo, che il liquido cistico di per se stesso non è tossico anche se iniettato in grandi dosi (Kirmisson (1), Korach (2), Chauffard (3), o lo è pochissimo (Humphry (4), Debove (5), Achard (6), Boidin et Laroche (7)); nè sarebbe d'altronde possibile spiegare con un'azione tossica, nel senso vero della parola, l'insorgere fulmineo dei fenomeni in casi di puntura della cisti (a volta, come è accaduto anche a me, lo shock può comparire istantaneo appena che si è finito di infiggere l'ago per la puntura esplorativa).

La membrana idatidea dev'essere considerata permeabile, inquantochè attraverso di essa il parassita assorbe le sostanze, che sono necessarie per la sua vita e il suo accrescimento; è giusto quindi ammettere che tale

(1) KIRMISSON. Gaz. hébdom. de méd. et de chirur., 1882.
(2) KORACH. Berl. klin. Woch., 1883.
(3) CHAUFFARD. Sém. méd., 1896.
(4) HUMPHRY. The Lancet, 1887.
(5) DEBOVE. Ac. des Sciences, 19 déc. 1887.
(6) ACHARD. Arch. gén. de méd., 1888.
(7) BOIDIN et LAROCHE. Presse méd., 1910.

membrana sia attraversata anche da sostanze, le quali dal parassita passano verso l'ospite ed hanno funzione sensibilizzatrice.

Il siero dei malati di echinococco contiene, secondo le ricerche di Jiame (8) degli anticorpi specifici.

L'eosinofilia è generalmente ritenuta un segno di anafilassi. Il reperto eosinofilo nei malati di echinococco dipende, secondo Bullrich (9), da uno stimolo esercitato sul midollo osseo dalla tossina dell'echinococco.

La presenza di sostanze fissatrici del complemento nel siero degli individui affetti da echinococco fu applicata agli scopi della clinica da Ghedini e da Weinberg.

L'allergia dei tessuti degli ammalati di cisti di echinococco fu dimostrata da Troisier, Boidin et Laroche (10), e usata a scopo diagnostico mediante l'intradermoreazione da Casoni (11) e per la sottocutaneoreazione da Pontano (12).

Ma con tutto ciò le prove indiscutibili della natura anafilattica dei fenomeni sopradescritti non vennero ancora raggiunte.

La patologia sperimentale non è riuscita a riprodurre completamente queste manifestazioni allergiche negli animali ed a dimostrare, come ha fatto per altre sostanze, il potere antigeno del liquido cistico; tanto che Graetz (13) si domanda se i fenomeni di shock che si hanno nelle punture o nelle rotture delle cisti idatidee «siano da ritenersi quali manifestazioni anafilattiche». Egli infatti avendo preparato degli animali mediante iniezioni di liquido cistico, potè ottenere in essi lo shock col siero di sangue dell'animale stesso che aveva fornito il liquido, e concluse che lo shock è dato dalle albumine del siero dell'ospite, le quali sarebbero poi quelle stesse sensibilizzanti, contenute nel liquido cistico. Egli inoltre vide che un siero antiumano precipita il siero umano ed il liquido cistico proveniente dall'uomo, ma non il liquido fornito da altri animali. Analogamente un siero antibovino può precipitare il siero bovino e il liquido idatideo contenuto nelle cisti del bue, ma non in quelle dell'uomo.

A Pontano (l. c.) riuscì di sensibilizzare l'uomo mediante iniezioni preparanti di liquido cistico.

(8) JIAME. Zentralbl. f. Chirur., 1912.
(9) BULLRICH. Revista de la Soc. Med. Argentina, fasc. 16.
(10) Lavori citati.
(11) CASONI. Folia clin. chim. et microsc., IV, 1912.
(12) PONTANO. Il Policlinico, Sez. Medica, 1920.
(13) GRAETZ. Zeitschr. f. Immunol., Bd. XVI.

Altri autori (Ghedini e Zamorani (14), Puntoni (15), Thomsen e Magnussen (16)) ottennero più o meno costantemente reazioni anafilattiche negli animali preparati con iniezioni di liquido cistico o con emulsioni della parete di cisti idatidee (Pesci (17)).

I primi tentativi di riproduzione sperimentale dello shock idatideo negli animali, allo scopo di analizzarne la natura, risalgono a Chauffard, Boidin et Laroche (18), i quali misero in evidenza fatti di notevole interesse: che cioè nell'animale da esperimento lo shock anafilattico si scatena per mezzo di reazioni cerebrali. Essi mediante una dose non tossica di liquido cistico sensibilizzarono l'animale e poi con una seconda iniezione, a 15 giorni di distanza, provocarono lo shock anafilattico; ma per ottenerlo dovettero usare questa tecnica: preparare l'animale per via intraperitoneale, ed esplorarlo per via *intracerebrale*. Le altre vie, tanto per la preparazione quanto per l'esplorazione, non dettero che risultati incerti. Ed in questo non c'è nulla da meravigliare, inquantochè la via d'esplorazione intracerebrale è la via più sensibile e certe anafilassi non possono manifestarsi che per questa via. Invece — e ciò è di alto interesse — mettendo semplicemente a contatto il liquido cistico con la sostanza cerebrale di animali non previamente sensibilizzati (anche adoprando dosi elevate di liquido) si ottenne risultato sempre negativo e non si provocò alcun fenomeno anafilattico.

Ciò significa che la sotanza cerebrale di per sè non reagisce in senso anafilattico all'assorbimento di liquido cistico, ma occorre che l'animale sia in stato di sensibilizzazione anafilattica verso il liquido stesso.

Io ho osservato una grande sindrome anafilattica, seguita poco dopo da morte dell'individuo, nella rottura spontanea di cisti di echinococco cerebrale. Questa osservazione, che per quanto sappia, nel suo genere è unica nella letteratura (*), ha riprodotto nell'uomo quasi tutte le condizioni d'esperimento realizzate negli animali da Chauffard, Laroche e Boidin.

Oltrechè per la forma ed interpretazione dei

(14) GHEDINI e ZAMORANI. Zentralbl. f. Bakt., 1910.
(15) PUNTONI. Bull. Soc. Medica di Bologna. 1910.
(16) THOMSEN e MAGNUSSEN. Berl. Klin. Woch., 1912.
(17) PESCI. Riforma medica, 1921.
(18) CHAUFFARD, BOIDIN et LAROCHE. Soc. de Biol., 13 nov. 1909. — BOIDIN et LAROCHE. Presse méd., 1910.
(*) Per la patologia e clinica dell'echinococco cerebrale, confrontare fra i lavori moderni:

fenomeni allergici l'osservazione ha interesse per la fisionomia clinica.

Pr. Eusebio, di anni 14, contadino, viene ammesso in Clinica medica il 2 marzo 1922, presentando sintomi di compressione endocranica.

L'anamnesi famigliare registra di notevole un fratello malato di tubercolosi.

Il paziente ha avuto fanciullezza normale e nessuna malattia pregressa.

Non ha avuto speciali contatti con cani.

Circa 4 mesi avanti l'ingresso in Clinica, e cioè ai primi del novembre 1921, l'infermo cominciò ad accusare lieve cefalea occipitale, esacerbantesi nella giornata ad accessi che si accompagnavano con vertigini, obnubilamento della vista, diplopia, astenia, difficoltà nella deambulazione. Contemporaneamente i genitori notarono che il ragazzo rimaneva sovente col capo chino, dicendo che questa posizione gli riusciva meno molesta. Dopo circa 2 mesi dalla insorgenza di questi disturbi, e precisamente verso i primi del gennaio 1922, un mattino il paziente si svegliò con cefalea più violenta del solito, e per la prima volta accompagnata da vomito. Fu purgato, e parve quindi migliorare tanto che tornò a scuola — ma il maestro osservò che il ragazzo era divenuto taciturno, apatico, svogliato. Risale a questo periodo un'insonnia ostinata. Nei giorni seguenti i bulbi oculari si fecero alquanto sporgenti e cominciò un dimagramento che, a dire dei genitori fu progressivo. Dopo un mese e mezzo di apparente tregua dei dolori, il paziente fu colto da un nuovo violento accesso di vomito e cefalea, con caratteri del tutto eguali ai precedenti. Si riprese anche questa volta entro 24 ore, e tornò alla consueta vita, essendo però adesso residuato oltre l'astenia psichica un senso di generale e continua debolezza fisica. Tre giorni prima dell'ingresso in Clinica insorge un nuovo violentissimo accesso di cefalea, con impossibilità di mantenere la stazione eretta; questa volta la cefalea non scompare, pur mitigandosi; il paziente è abbattuto, con lo sguardo smarrito; deve essere sorretto. Come per il passato, mancano febbre e fatti nervosi irritativi (convulsioni o scosse); i genitori decidono di portare l'infermo in ospedale.

Esame obbiettivo (Riassunto). — Soggetto bene sviluppato rispetto alla sue età; nutrizione e sanguificazioni normali. Faccia sofferente. Decubito preferibilmente supino: riesce penosa la posizione seduta. L'infermo sbadiglia continuamente; accusa cefalea, T. 36.1, P. 64. R. 21.

Nulla di obbiettivo a carico degli organi interni.

Esame neurologico. — Nell'oculomozione lievissima paresi dei muscoli retti esterni, un poco più accentuata a sinistra; qualche scossa di nistagmo orizzontale, specie nelle posizioni estreme dell'achio. Facciale superiore e inferiore integro. Lingua bene trofica; possibili tutti i movimenti. Nulla a carico delle motilità della mandibola, dell'ugola, del velopendolo. Linguaggio articolato e fonazione normali.

Collo: mobilità attività e passiva normale.

Tronco: conformazione e mobilità normali.

Arti superiori: non atteggiamenti viziosi; cute e trofismo normali. Normale la mobilità passiva ed attiva saggiata nei vari segmenti. Non atassie. Forza ben conservata da ambo i lati.

Arti inferiori: unico dato da segnalare una lieve ipotrofia con diminuzione della forza a sinistra.

Riflessi: presenti e vivaci gli achillei d'ambo i lati Non Babinski, non Oppenheim. Rotulei ed adduttori presenti e vivaci. Cremasterici ed addominali presenti ed eguali. Riflessi tendinei e periostei degli arti superiori normali. Normali il faringeo, il congiuntivale, il corneale, i pupillari.

Sensibilità: breve ipoestesia tattile diffusa a tutta la metà sinistra. Per il rimanente, tutte le altre forme della sensibilità ben conservate.

Non sintomi cerebellari. Stazione eretta e andatura difficoltate dalla violenta cefalea.

Organi dei sensi: Visus: O. D. 8/10; O. S. vede le dita a 2 metri.

Fundus: papilla da stasi billaterale.

C. V.: emianopsia omonima sinistra.

Reazione emianopsica di Wernicke: negativa.

Nulla all'esame degli altri organi di senso.

Psiche normale.

Ricerche di laboratorio: nulla di speciale agli esami delle urine e del sangue (notata espressamente l'assenza di eosinofilia). Cutireazione alla tubercolina: negativa. Intradermoreazione e sottocutaneoreazione al liquido cistico: dubbie in primo tempo, ma poi sicuramente negative.

La radiografia del cranio non fa vedere alcuna ombra patologica. Reazione di Wassermann sul siero: **negativa**.

La Ghedini-Weinberg non viene eseguita in tempo.

In considerazione dei segni di forte pressione endocranica si soprassiede alla puntura lombare.

Il 3 marzo alla visita del mattino, il paziente dice di non aver riposato che poco durante la notte perchè tormentato da intensa cefalea. Ha vomitato 2 volte nelle prime ore del mattino: è intontito, sonnolento, abbattuto, apirettico. Polso 54.

Nei giorni 4, 5, 6 le condizioni si mantengono pressochè stazionarie. Il 7 si aggiunge diplopia; l'8 l'abbattimento e il sopore crescono: l'infermo si lamenta continuamente, ed interrogato dice di avere violenta cefalea. Si decide l'intervento operativo.

Il 9, verso le ore 16, all'improvviso, mentre il paziente riposava sul letto, abbattuto ma con sensorio vigile, e nulla faceva prevedere un mutamento nelle sue condizioni, compare un impressionante quadro iniziantesi con dispnea intensa. Immediatamente l'infermo si ricopre in tutto il corpo di un'eruzione di orticaria a grossi ponfi. Il viso è cianotico, tumefatto: la respirazione soffocata. Qualche lieve scossa convulsiva agita l'arto superiore

---

BRAUN e SEIFERT: *Die tierischen Parasiten des Menschen*, Leipzig, 1920, pagg. 270 e segg. — LOMBARD: *Kystes hydatiques du cerveau.* Journal de chirurgie, XVI, 3, 1921.

destro, che è addotto con l'avambraccio in flessione. Gli occhi sono in deviazione coniugata.

La coscienza intanto rapidamente si obnubila, la cianosi diviene più intensa. L'orticaria persiste, ed in alcuni punti, specie sugli arti, compare un netto esantema morbilliforme confluente.

Con questi sintomi tumultuosi si ha la morte entro meno di un'ora.

Viene formulata diagnosi di probabile rottura di una cisti di echinococco, della regione parieto-occipitale destra, con sindrome anafilattica terminale.

All'autopsia si trova:

Cervello. — Meningi fortemente iperemiche. Grossa cisti di echinococco dell'emisfero destro, la quale sporge sulla convessità, in corrispondenza del lobo parietale e sporge sulla faccia interna, in corrispondenza della parte inferiore del lobulo quadrilatero e dello estremo posteriore della circonvoluzione del corpo calloso. La sporgenza nella faccia convessa dell'emisfero si estrinseca subito all'indietro della scissura di Rolando, che è spianata; la parete è sottile, semitrasparente nel centro, e dà senso di fluttuazione. Sulla faccia interna, la parte posteriore della circonvoluzione del corpo calloso, che è più sollevata dalle cisti, è sottilissimo ed, in un punto situato di fronte all'incrocio delle scissure perpendicolare interna e calcarina, presenta una soluzione di continuo da cui fuoriesce liquido limpidissimo e dove si affaccia, già prima che sia estratto l'encefalo, una cisti figlia della grandezza di una nocciuola.

Al taglio si nota che la cisti comincia dal fondo scissura di Rolando, sporge nel ventricolo laterale destro occupandone la parte posteriore e spingendosi nel corno occipitale (il lobo occipitale è compresso), ed arriva alla faccia interemisferica, dove si è rotta nel punto sopraindicato, vuotandosi in parte il liquido nello spazio compreso tra la faccia interna dell'emisfero e la grande falce.

La cisti contiene liquido limpido, ed una cinquantina di cisti figlie di varia grandezza. E nettamente visibile, all'esterno della membrana chitinosa, una terza membrana connettivale.

Tutti gli altri organi sono sani. Un esame accurato dimostra l'assenza in essi di localizzazioni idatidee, rimanendo così unica quella cerebrale.

È questa un'osservazione dunque nella quale ci siamo trovati di fronte ad una cisti d'echinococco unica, localizzata nel cervello (zona parieto-occipitale destra), la quale ha clinicamente evoluto in modo rapido ad ha finito col rompersi nella scissura interemisferica.

Alla rottura ha seguito una sindrome gravissima e tumultuosa, che dev'essere classificata come tipicamente anafilattica (orticaria ed esantema morbilliforme, cianosi e congestione della faccia, dispnea, agitazione, collasso) e che è terminata con la morte.

Non è possibile valutare quanta parte nel provocare rapidamente il decesso spetti ai disturbi meccanici determinati nel cervello dalla rottura della cisti. Certo però lo shock anafilattico scatenatosi è stato quanto mai imponente e di una tale gravità, che per se stesso può aver portato a morte.

Nell'interpretazione di questi gravi fenomeni anafilattici va però considerata la sede cerebrale della cisti. Le esperienze, che ricordavo, di Chauffard, Laroche e Boidin hanno dimostrato come per provocare la anafilassi idatidea negli animali sensibilizzati, bisogna servirsi della via cerebrale. Ciò è in accordo con la teoria di Besredka, il quale ritiene che la reazione anafilattica si compia nel cervello.

Alcuni autori hanno obbiettato alle esperienze di Chauffard come non possa escludersi che la sintomatologia presentata dai suoi animali debb'essere ascritta a semplici fenomeni di eccitamento e di stimolo della corteccia cerebrale per effetto dell'iniezione stessa di una certa quantità di liquido nell'interno della scatola cranica, senza quindi alcuna compartecipazione dei meccanismi dell'anafilassi.

In questa osservazione, che io ho fatta sull'uomo, tale obbiezione non può aver luogo. D'altronde la clinica c'insegna come il semplice spandimento di liquidi nel cranio (p. e. inondazioni emorragiche ventricolari, ecc.), può dare i sintomi del disturbo meccanico, ma non mai una sindrome anafilattica.

Nel nostro caso doveva dunque esistere una primitiva sensibilizzazione del soggetto: sì che il contatto, che per se stesso è innocuo, di liquido idatideo col cervello ha scatenato lo shok anafilattico, rivestendolo di una particolare gravità.

Secondo le ricerche già ricordate di Jiame, e quelle di Schaczewski (19), Legry, Parvu e Baumgarten (20) gli anticorpi specifici dello echinococco si troverebbero nel liquido cerebro spinale solo quando la cisti ha sede nel cervello.

Parvu e Laubry (21) ricercando la reazione di Ghedini-Weinberg parallelamente nel siero e nel liquido cefalo-rachidiano di individui affetti da echinicocco nelle sue varie localizzazioni, hanno visto che gli anticorpi specifici sono presenti nel siero e mancano nel liquor. Gli anticorpi idatidei non si diffondono dunque nel liquor, il quale si comporta come nella

(19) SCHACZEWSKI. Berlin. Klin. Woch., 1911.

(20) LEGRY, PARVU et BAUMGARTEN. Presse méd., 1911.

(21) PARVU et LAUBRY. Soc. de Biol., 20 mars 1909 e 1 mai 1909.

sifilide, dove, come hanno dimostrato Levaditi, Ravaut e Yamananki, la deviazione del complemento non si produce col liquido cerebrospinale quando l'infezione ha rispettato i centri nervosi. Parvu e Laubry hanno dalle loro esperienze concluso che solo le cisti idatidee del sistema nervoso « sembrano capaci di fornire anticorpi specifici al liquido cefalo-rachidiano ».

È giusta interpretazione, nel caso che ho esposto, ammettere che esistevano nei centri nervosi sensibiline anafilattiche, le quali sono state il fondamento dello scatenarsi così grave dello shock al momento della rottura della cisti. Invece era in questo caso assente la sensibilizzazione tessurale cutanea, risultando negative l'intradermo- e la sottocutaneoreazione.

Dal punto di vista clinico anche l'osservazione che ho riferita, si presta ad interessanti rilievi.

1. È nota la relativa frequenza della localizzazione cerebrale dell'echinococco appunto nei ragazzi. Davaine (22), su 29 casi di cisti di echinococco del cervello, ne trovò 8 in bambini; Vegas e Cramwell (3) nella loro statistica notarono che l'echinococco del cervello colpisce nel 47,82 % gli individui fra 1 e 10 anni, nel 39,13 % fa 11 e 15 anni; Thomas (cit. dai precedenti) trovò, in 79 casi di echinococco cerebrale raccolti, che essi colpivano individui fra 1-10 anni nel 19 %, fra 11-20 nel 34,17 % dei casi.

Quindi si può formulare questo precetto: in caso di sintomatologia *da tumor cerebri* in senso lato di individui sotto i 15 anni, per ragioni di frequenza, bisogna sempre mettere in discussione l'echinococco.

2. La presenza in casa e gli eventuali contatti con cani non dimostrano avere, nelle statistiche, alcuna importanza (V. Braum e Seifert, l. c., pag. 271); questo dato mancava appunto anche nella storia del nostro ragazzo.

3. Con una sì grave lesione dell'emisfero parietale prodotta dall'echinococco, quale è stata trovata al tavolo anatomico, mancavano nel nostro caso disturbi nella sfera sensitiva, limitandosi essi ad una breve emiaopestesia tattile a sinistra.

4. La giusta interpretazione di una tumultuosa sindrome anafilattica seguita a breve distanza dalla morte, *può permettere*, come nel nostro caso ha permesso, *di diagnosticare intra vitam* con sicurezza non solo l'esistenza nei paziente di una cisti di echinococco nel cervello, per affermare la quale ogni altro dato venga a mancare, ma anche *la modificazione terminale di questa cisti*, e cioè la rottura spontanea.

(22) DAVAINE, cit. SEIFERT, GERHARDTS. Lehrb. d. Kinderkr., Bd. 2.

(23) VEGAS e CRAMWELL. *Los quistes hydaticos en la Repub. Argentina.* Buenos Ayres, 1903.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BRESCELLO (EMILIA).
Prof. dott. GIOVANNI ZANETTI
chirurgo direttore e docente.

Meccanismo non comune di lesione traumatica dell'intestino.

Fiorini Baldo, di anni 22, da Boretto Emilia, nato il 23 marzo decorso, nel fare esercizio di lotta con un compagno, eseguisce violenti sforzi muscolari per non essere vinto. Nulla avverte di anormale sul momento, tanto da ritornare a casa in bicicletta; la sera è colpito da violenti dolori all'addome, specie alla regione ileo-cecale, contemporaneamente compare singhiozzo, arresto completo della emissione di gaz e di feci, meteorismo. Il giorno seguente si presenta anche il vomito che si mantiene biliare, temperatura oscillante intorno ai 38,5, polso buono in rapporto allo stato generale; il medico curante fa diagnosi di colica appendicolare con ileo dinamico, per riacutizzazione di processo precedente e ciò in seguito a violenti sforzi muscolari dell'addome: chiamato dal collega a vedere il malato, questi per quanto lo richiedessi, escluse assolutamente di avere ricevuti dell'avversario colpi diretti all'addome, o di avere battuto l'addome sul terreno cadendo; si trattava di una lotta ginnastica e condotta correttamente, eseguì solo violenti sforzi muscolari per non essere sopraffatto.

Esclusa quindi la possibilità di lesioni viscerali per contusione diretta, conoscendo la loro rarità in seguito a contrazioni violente dei muscoli addominali e d'altra parte non avendo alcun segno per diagnosticarne la presenza (conservazione dell'area epatica, assenza di versamento, non meteorismo eccessivo, condizioni generali abbastanza buone), non mi rimase che confermare la logica diagnosi del collega e cioè di colica appendicolare con relativo ileo dinamico, il cui momento occasionale era stato un violento sforzo muscolare, cosa del resto non rara (1).

Il decorso immediato confermò apparentemente la diagnosi, infatti in pochi giorni, con dieta rigorosa e ghiaccio sul ventre, ricominciò l'emissione di gaz e di feci, cessò il vomito, la temperatura e tutto il resto rientrò nel normale. Dopo un paio di giorni di completo benessere tanto che il p. si era alzato, ricomparvero di nuovo dolori violenti all'addome, dopo una scarica consecutiva ad un purgante, l'alvo si chiuse completamente, comparve il singhiozzo.

Chiamato a rivedere l'infermo, lo trovai fortemente depresso con polso piccolo e frequente,

temperatura 37,5, tumefazione dell'addome in corrispondenza della parte più bassa della regione mesogastrica e parte della ipogastrica, le regioni laterali sono invece avallate, tanto da presentare la zona sotto ombellicale una forma globosa, alla palpazione si suscita acuto dolore nella regione tumefatta, nulla si apprezza nella regione del fianco destro. In base alla sintomatologia sopra descritta, faccio, col collega curante, diagnosi di occlusione intestinale, probabilmente da volvolo ed interessante il tenue. Si decide l'immediato intervento e faccio condurre l'infermo all'ospedale.

Operazione. — Laparotomia mediana sottombellicale previa narcosi morfio-eterea, sterilizzazione del campo operatorio con soluzione jodobenzolica, che costantemente io uso in sostituzione della tintura di jodio (2). Il peritoneo si presenta alquanto infiltrato e spesso, incisolo cautamente, mi trovo davanti ad una ansa del tenue fortemente dilatata e di colorito rosso vinoso, aderente con altre anse, mentre cerco con ogni cautela, col solo dito coperto di guanto di filo, isolarla ed estrarla per introdurre delle compresse protettive, un abbondante flotto di liquido di odore fecaloide esce gorgogliando assieme a gaz tra l'ansa dilatata ed una vicina aderente, mentre esce il liquido l'ansa dilatata si affloscia: isolata la sorgente del liquido, cerco rendermi conto della sua origine; data la diagnosi formulata, di occlusione del tenue, la prima idea è che fosse avvenuta la lacerazione dell'intestino, in seguito al cattivo stato di qualche punto della sua parete. Unica indicazione in tale caso sarebbe quando fosse stato scongiurato il pericolo di una peritonite generalizzata.

Esaminando più attentamente, per quanto mi astenessi da ogni manovra per non infettare la grande cavità peritoneale, mi convinsi però di essere di fronte ad una raccolta da peritonite saccata, ma di origine non chiara. La peritonite era decorsa, almeno nell'ultima parte, silenziosamente, la raccolta formatasi era stata causa dell'occlusione, funzionando da ostacolo esterno, tanto che, appena vuotata, l'intestino si era afflosciato: il peritoneo che tappezzava la sacca formata dall'addossamento di più anse, era assai spesso, di aspetto lardaceo. Non mi rimase altro quindi che marsupializzare la sacca e, dopo aver emesso un drenaggio, rinchiudere il resto della ferita laparotomica.

Avvertii però la famiglia, oltre della gravità del caso, anche della possibilità della formazione e permanenza di una fistola stercoracea, il che avrebbe richiesto ulteriore complesso atto operatorio.

Il decorso immediato fu invece ottimo, il polso si rialzò, cessarono i vomiti, nella notte si ebbe l'emissione di gaz dall'ano, ed al mattino anche di feci. Dalla ferita addominale oltre al liquido purulento dei caratteri sopradescritti, fu emesso anche un ascaride morto.

Nei giorni successivi la secrezione dalla ferita andò sempre diminuendo, dopo 21 giorni il p. lasciò l'Ospedale, non residuando che un piccolo tramite fistoloso che dopo un mese si chiuse completamente.

Il p. trovasi ora in condizioni fisiche floridissime, e con funzioni digerenti perfettamente normali.

Riandando alle origini dei disturbi che finirono per condurre il nostro paziente al tavolo operatorio, cioè alla colica che credevasi appendicolare, con la conseguente occlusione intestinale dinamica, che osservammo la sera dopo il violento esercizio di lotta, mi convinsi essere stato di fronte ad uno di quei casi oscuri di patologia addominale, tutt'altro che infrequenti, che ricevono soltanto luce dall'atto operatorio, quando purtroppo non la ricevono dal tavolo anatomico.

Certamente vi era stata una perforazione intestinale, i fenomeni iniziali, il periodo di calma intermedio, la raccolta formatasi nell'ultimo periodo, l'uscita dell'ascaride dalla breccia lasciata, lo dimostrano sufficientemente e si coordinano logicamente, dopo che l'atto operatorio mi aveva dimostrata la vera causa dell'occlusione meccanica osservata nell'ultimo periodo. Dal lato clinico sarebbe stato credo assai difficile addivenire a tale diagnosi. Il periodo di calma e di benessere che aveva seguita la prima colica, ingannava e non lasciava dubbio sulla prima ipotesi. I sintomi di occlusione meccanica che si ebbero nel terzo periodo, con i dati obbiettivi classici dell'ostruzione del tenue, la quasi apiressia, non avrebbero fatto certamente pensare ad una raccolta purulenta, per quanto saccata.

Riguardo al meccanismo della lesione intestinale che ha dato origine alla peritonite saccata, non si può in primo luogo assolutamente negare la capitale importanza che in questo caso ha avuta la violenta contrazione dei muscoli addominali. Ripeto che, per quanto abbia indagato, il p. ha assolutamente escluso di avere ricevuti colpi all'addome e di essere caduto battendo quest'ultimo sul terreno.

È appunto per la rarità di tale meccanismo, nella patogenesi delle lesioni intestinali, che ho voluta render nota questa mia osservazione.

Per l'intestino sano infatti era stata da molti negata la possibilità di lesioni per contrazioni violente dei muscoli dell'addome, però osservazioni seguenti hanno permesso di constatare che in certe circostanze, sempre però assai rare, ciò è stato possibile (3).

Nel mio caso sono da considerarsi due possibilità:

1° Durante le violente contrazioni dei muscoli addominali si erano rotte aderenze tra organi precedentemente malati, probabilmente appendice con ansa del tenue, conseguendone una lesione intestinale e la successiva perforazione.

2° Col medesimo meccanismo delle con-

trazioni muscolari, l'intestino era stato primitivamente contuso, in secondo tempo, caduta l'escara, si era perforato.

In favore della prima possibilità stanno i disturbi accusati molti mesi prima dal p. che aveva avvertiti dolori al fianco destro, che però non presentavano il carattere di vera colica, e che non furono accompagnati da altri sintomi. Tale dolore al fianco destro si ripetè alla sera dopo la partita di lotta, ma come abbiamo riferito assai violento, con vomito, ileo dinamico, tanto da fare giustamente pensare al curante ed al sottoscritto ad una colica appendicolare.

In favore della seconda sta l'avere osservata la raccolta saccata in corrispondenza della parte media della zona sottombellicale, e di non avere più nulla apprezzato a carico della regione ileo cecale.

Il periodo intermedio di calma, ed il secondo periodo in cui il quadro era addominato dai sintomi dell'occlusione meccanica, starebbero più in favore, secondo me, della seconda ipotesi.

Avendo vagliata la sintomatologia, e tenuto conto della osservazione fatta durante l'operazione, mi sembra più accettabile la diagnosi di contusione intestinale senza perforazione e versamento immediato; la perforazione è avvenuta dopo un periodo di calma, forse per caduta di escara fortunatamente tra anse adese da processo peritonitico sviluppatosi in primo tempo: fattore eziologico della contusione, le violente contrazioni muscolari dell'addome

Riguardo all'intervento dato l'eccezionale momento eziologico, la gravità della sintomatologia del primo periodo ci ha giustificata l'attesa ed il periodo di calma che ha seguito c'è l'ha confermata. Certamente se la perforazione intestinale anzichè ad un processo localizzato, avesse dato luogo ad un processo di peritonite generale, il nostro intervento avrebbe avuto un esito assai dubbio.

Il caso da me osservato è interessante, non solo per la sua non comune eziologia, ma anche per l'essersi presentata una raccolta da peritonite saccata, come unica causa di occlusione intestinale acuta del tenue.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Deaver. New Jork med. Journal, 1907.
(2) G. Zanetti. *Sopra un nuovo tipo di soluzione jodica per il metodo Grossich « Soluzione jodo-benzolica »*. Bullettino delle Scienze mediche, Bologna 1914; Policlinico, Sezione Pratica, 1914.
(3) Bunge. 33° *Congr. ted. di chirurgia.* Beitr. Z. Klin. Chirurg. Bd. XLVII, H. 3, 1906.
R. Playfair Campblell. Annales of Surgery, vol. XLII, pag. 661, 1905.

COMMENTI.

A proposito di un metodo di cura della crisi nitritoide.

Mi è occorso di leggere di questi giorni una nota, comparsa nel *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, in cui si accenna a un nuovo metodo di cura, esperimentato dai dottori Flandin, Tzanck e Roberti, per evitare la crisi nitritoide nella somministrazione degli arsenobenzoli per la via endovenosa.

Il nuovo metodo consisterebbe nell'aspirare dalla vena aggredita la quantità di sangue, sufficiente a riempire una siringa di 10 cc., la quale contenga la dose di arsenobenzolo diluita in veicolo sterile, e nel lasciare per qualche minuto sangue e soluzione medicamentosa a contatto tra loro reiniettando poscia il miscuglio lentamente.

Gli sperimentatori ritengono che l'assenza della crisi nitritoide dipenda dal fatto che l'azione nociva dell'arsenobenzolo venga neutralizzata dall'azione del sangue; e pensano che il loro metodo sia il più efficace e che la tecnica — da essi chiamata esoemofilassi — sia da preferirsi a tutti gli altri metodi, intesi a prevenire la crisi nitritoide.

Senza avere la pretesa di entrare nel merito della questione, mi permetto di ricordare come nel mio ambulatorio privato io segua da lungo tempo questo metodo: ma, d'altra parte, debbo onestamente dichiarare che lo adottai basandomi sovra un semplice fatto meccanico.

È noto come qualche volta, nelle iniezioni endovenose, un po' di sangue penetri nella siringa e respinga per breve tratto il pistone lasciando credere che l'operazione sia riuscita. Invece, tolto il laccio, se si tenta di compiere l'iniezione, il liquido incontra una resistenza, che non si vince e che si prova anche se si cerca di attirare il pistone per fare affluire maggiore quantità di sangue nella siringa stessa.

Ciò accade appunto, e principalmente, o perchè l'ago non è penetrato nel lume della vena prescelta — specie quando il segmento venoso appaia poco visibile in causa della spessezza dello strato cellulo-adiposo sotto-cutaneo (donne. fanciulli) — ma ha leso un piccolo vaso venoso sotto-cutaneo o sotto-aponeurotico; oppure perchè un lobetto di adipe viene a collocarsi improvvisamente tra i margini della breccia ostruendo anche il lume dell'ago; o perchè si è perduto il parallelismo tra la breccia della cute e quella della vena, creando così una circostanza favorevole alla formazio-

ne di un trombo. È facile conferma di ciò si ha dal fatto che, se si ritrae l'ago anche lasciando in sito il laccio, il sangue non fuoriesce dalla breccia.

Pertanto, a evitare inconvenienti e allo scopo di assicurare nel miglior modo che l'ago sia penetrato nel lume della vena prescelta, abitualmente aspiro nella siringa una quantità di sangue maggiore di quella che vi è già penetrata meccanicamente: e solo quando non trovo resistenza alcuna, reinietto il miscuglio lentissimamente girando il pistone, sì che il sangue e la soluzione medicamentosa restano per un certo tempo a contatto tra loro.

In sostanza, io pratico — ripeto — da tempo quello, che gli esperimentatori chiamano un nuovo metodo di cura della crisi nitritoide, e che io più modestamente chiamerei..... *l'uovo di Colombo!*

Certo è che, con il procedimento da me adottato, e con qualsiasi preparato (Billon, Meister Lucius, Zambelletti), non ho avuto a riscontrare un solo caso di crisi nitritoide: il che starebbe a confermare quanto i dottori Flandin, Tzanck e Roberti hanno esposto alla Società Medica degli Ospedali di Parigi.

Ferrara, agosto 1922.

Dott. NANDO BENNATI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sulla vaccinazione per via boccale contro il tifo, il colera e la dissenteria.

Le pazienti e laboriose ricerche fatte nei Laboratori dell'Istituto Pasteur dal prof. Besredka intorno al meccanismo dell'infezione tifica, paratifica, dissenterica e colerica, hanno creato un nuovo metodo di vaccinazione contro queste malattie, i cui risultati sono tali da annullare i precedenti metodi, usati finora per mezzo di iniezioni sottocutanee ed endovenose. Il Besredka fu preoccupato dai trattamenti preventivi di vaccini iniettati per la via sanguigna o sottocutanea, e specialmente per quest'ultima, per il lungo itinerario da essi percorso — e quindi ritenuti per via dai tessuti — prima del loro arrivo a destinazione, cioè nell'intestino, solo principale punto affetto della malattia.

Gli studi sperimentali, dimostrando che l'animale a cui fu iniettato il virus, non reagisce che per mezzo del suo apparechio intestinale, dove il *virus* manifesta il massimo di affinità, chiarirono che il miglior metodo di vaccinazione per conferire l'immunità contro le suddette infezioni era la via boccale.

I risultati furono brillantemente ottenuti, procedendo a delle esperienze per mezzo di bacilli morti, uccisi dal calore; l'assorbimento di questi bacilli sui conigli non ha nessun effetto, appunto perchè la mucosa dell'intestino forma una specie di tegumento protettore contro di essi; ma appena che sorge una minima lesione alla parete intestinale, i bacilli vi penetrano e vi stabiliscono l'immunità, trovandosi in contatto con gli organi linfoidi, produttori di anticorpi. Il mezzo per rendere la mucosa intestinale permeabile ai microbi fu trovato dal Besredka facendo ingerire ai suoi animali di esperimento, oltre al *virus*, della bile di bue, la quale ha la facoltà di far desquamare la mucosa dell'intestino.

L'A. basandosi sulla lunghissima pratica di enterovaccinazione, per mezzo delle sue numerosissime esperienze, è giunto alla formula definitiva del suo vaccino biliare della febbre tifoidea, della febbre paratifica A. della febbre paratifica B.

Il vaccino biliare si presenta sotto forma di piccole compresse e di pillole di bile; le quali, ingerite per tre giorni di seguito, il mattino a digiuno, nel medesimo tempo, provocano l'immunità antitifica e anticolerica; contro la dissenteria basta soltanto l'ingestione della compressa per tre giorni consecutivi.

Nelle varie regioni colpite da epidemie, dove furono distribuiti su larga scala i suddetti vaccini, si ottennero i più brillanti risultati; nessun malessere è provocato dall'assorbimento del vaccino biliare, nè è seguito da nessuna reazione febbrile; non vengono quindi interrotte per tale trattamento le proprie occupazioni nè mutate le abitudini di alimentazione. Inoltre nessuno dei numerosi stati patologici, che finora impedivano la vaccinazione per via sottocutanea, non costituiscono una controindicazione alla vaccinazione per via boccale.

È chiaro quindi che la vaccinazione per mezzo di iniezioni impiegate finora, e non prive di gravi inconvenienti, sia dal punto di vista delle controindicazioni, che per quelle altrettanto gravi delle reazioni febbrili, viene a cadere davanti al metodo rapido delle pastiglie preparate in seguito ai lavori del professore Besredka; e ciò specialmente perchè tali pastiglie diedero ottimi risultati anche per il loro impiego come mezzo curativo, essendo oramai fuori dubbio che la somministrazione delle 3 pastiglie e delle 3 pillole, senza interruzione del trattamento abituale, nei casi di stabilita diagnosi, produce un numero intenso di

anticorpi da dare una rapida deffervescenza dello stato febbrile.

Frequentemente si presentano focolai di tali malattie infettive anche nei diversi nostri paesi per cui è dovere porre ferma attenzione sopra gli incoraggianti risultati ottenuti e preservarci contro di esse con un metodo di vaccinazione sì semplice, pronto e sicuro.

Mediante il suddetto metodo di vaccinazione, sono degni di nota i risultati che furono ottenuti nei paesi colpiti da gravi epidemie. Cito taluni dati raccolti negli *Annales de l'institut Pasteur* (febbraio u. s.), in seguito alle prove fatte dal dott. Vaillant, medico ispettore dei servizi sanitari del Pas-de-Calais: infierendo una grave epidemia di tifo nelle regioni di Neuvireuil (Fresnoy, Oppy, Izel, Bailleux) e di Frémicourt, procedettero alla vaccinazione per os. a 1236 abitanti, altri 173 abitanti furono sottoposti alla vaccinazione col metodo delle iniezioni sottocutanee, altri 600 circa non furono vaccinati. I risultati furono i seguenti: sopra i 1236 vaccinati col mezzo del vaccino biliare, uno solo contrasse il tifo con decorso molto benigno; sopra i 173 vaccinati col mezzo dell'iniezione si osservarono 4 casi di tifo; sopra i 600 circa non vaccinati ben 21 contrassero la malattia.

Nei Comuni di Leucate a Fabresan (Aude) 760 abitanti, fra cui un gran numero di bambini, *dei quali molti ancora lattanti*, furono vaccinati senza inconvenienti e in seguito esenti dall'infezione.

Sopra la dissenteria sono interessanti i risultati ottenuti dal prof. Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur a Tunisi.

Dal punto di vista puramente pratico, la somministrazione delle pastiglie presenta dei grandi vantaggi sul metodo fin qui adoperato delle iniezioni:

1° per la diminuzione del tempo necessario per acquistarne l'immunità, essendo sufficiente un periodo di 3 giorni soltanto;

2° per la semplicità della somministrazione delle pastiglie, non essendo necessario personale medico speciale nè il considerevole materiale di aghi, siringhe, ecc. degli altri metodi;

3° per l'assoluta mancanza di reazioni in seguito all'ingestione del vaccino, senza interruzione delle proprie abituali occupazioni.

Da adottarsi quindi nell'Esercito e nella Marina, fu già adoperato e si adopera tuttora nei diversi dipartimenti della Francia e col più grande vantaggio dalla Croce Rossa Americana in Russia: lo stesso prof. Besredka dice: « Le mode de vaccination par os réalise trois conditions essentielles: il est inoffensif, il est efficace, il est rapide: cito, tuto, jucunde ».

Parigi, 1° agosto 1922.

Dott. AGOSTINO GARAVAGLIA.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Le sindromi ipofisarie.

Relazioni di J. CAMUS, G. ROUSSY, J. FROMENT, VELTER, BÉCLÈRE, CUSHING. III. Congresso neurologico internaz. — Parigi, 1922.

Anatomia e fisiologia patologica: lo studio sperimentale di tali sindromi è reso delicato dal contatto stretto esistente fra la ghiandola e il pavimento del III ventricolo nonchè dalla vicinanza del seno venoso e dei tessuti arteriosi. Due sono le tecniche impiegate principalmente per l'ablazione della ipofisi: la via buccale con incisione della volta del palato e trapanazione dello sfenoide a livello della sella turcica, e la via temporale che comporta una trapanazione decompressiva parietale destra, poi formazione di uno sportello cranico sinistro dopo l'ablazione dell'arcata zigomatica e dell'apofisi coronoide. Le lesioni sperimentali della base del cervello si formano con uno stiletto portato al rosso perforante la regione turcica attraverso la bocca. Furono dagli AA. operati 149 cani e 36 gatti: l'ablazione dell'ipofisi tentata 98 volte per via buccale, fece sopravvivere fino a quando non furono sacrificati, 12 cani, altri 12 sopravvissero alcuni mesi; di 24 animali operati per via temporale, 7 ancora vivono. La puntura di 37 cani ne fece sopravvivere 20. Dalle conclusioni sperimentali rileviamo che:

I. L'ipofisi non sembra necessaria alla vita; negli animali morti dopo l'ablazione totale, la morte era dovuta o ad emorragia, o a meningite, o alle lesioni estese del III ventricolo.

II. Nei primi giorni successivi all'ipofisectomia, si osserva frequentemente una poliuria più o meno marcata: è questo il fenomeno primitivo dovuto ad una lesione del cervello nella regione opto peduncolare. La regione ferita sembra far parte di un meccanismo regolatore del tenore in acqua dell'organismo. La puntura della base del cervello può determinare un vero diabete insipido permanente imponente quanto il diabete insipido dell'uomo. La glicosuria, frequente nei tumori dell'ipofisi dell'uomo, è stata raramente osservata nelle operazioni sulla regione ipofisaria, ed in misura fugace. Essa è in rapporto con una lesione

della base del cervello e non dell'ipofisi. La tolleranza per gli idrati di carbonio non sembra modificata sensibilmente nelle ablazioni totali o parziali dell'ipofisi o sotto l'influenza degli estratti ipofisari.

III. L'ablazione dell'ipofisi non determina atrofia degli organi genitali nel cane, nè modificazioni dell'istinto sessuale o dell'evoluzione della gravidanza: a questi fatti può dar luogo una lesione della base del cervello.

IV. L'obesità, insieme con i disturbi genitali precedenti, ossia la sindrome adiposo-genitale, è stata riprodotta con la lesione della base del cervello: la semplice ablazione della ipofisi non dà luogo a nulla di simile.

V. L'ablazione dell'ipofisi sembra non aver disturbato lo sviluppo dello scheletro.

VI. La opoterapia è stata spesso invocata come prova dell'origine ipofisaria delle sindromi attribuite all'ipofisi, benchè essa non abbia influenza sulla poliuria. L'azione sul diabete insipido sperimentale è, come in patologia umana, variabile ed incostante. Altre sostanze possono avere azione identica. L'abbassamento spesso notevole delle urine che si ha con la puntura lombare prova che il meccanismo deve ricercarsi nella decompressione o nella soppressione di irritazioni dalla base del cervello.

In conclusione, le ricerche concordi portano a dimostrare che l'ipofisi è sprovvista delle numerose funzioni che ad essa si attribuivano, e portano ad attribuire alla base del cervello la maggior parte delle cosidette sindromi ipofisarie, cioè a farne delle sindromi tuberiane.

Dal rapporto di G. Roussy risulta che sono sovratutto le lesioni del «tuber» e dell'«infundibulum» quelle che costituiscono l'anatomia patologica delle cosidette sindromi ipofisarie. Lo studio delle lesioni sperimentali conferma che la sindrome poliurica trova la sua ragion d'essere non in una lesione dell'ipofisi, ritrovata intatta, ma in una lesione superficiale del tuber cinereum. Precisando, questa localizzazione superficiale corrisponde ai nuclei propri del tuber; lesioni superficialissime possono accompagnarsi a poliuria permanente, e specialmente quando le lesioni sono mediane ed interessano simmetricamente la parte più interna dei due nuclei del tuber. Osservazioni anatomo-cliniche di Claude e Lhermitte, di Lereboullet, di Camus ed altri, confermano i risultati sperimentali e conducono ad ammettere che nell'uomo, come nell'animale, la sindrome poliurica e la sindrome adiposo-genitale, sono dovute non ad una lesione del lobo posteriore dell'ipofisi, ma ad una lesione dei nuclei dell'infundibulum e del tuber cinereum: si tratta cioè di sindromi infundibolo-tuberiane. Per la sindrome glicosuria probabilmente è la stessa cosa, ma la questione è ancora insoluta.

Froment nella sua relazione clinico-terapeutica, ricorda anzitutto i caratteri semeiologici generali: afferma non potersi trarre una conclusione, riguardo alla sella turcica, da una sella un po' profonda od un po' larga od al contrario sottile, poichè ciò si può verificare anche allo stato normale. Più importanti sono: l'usura della lamina quadrilatera, delle apofisi clinoidi posteriori, l'allargamento progressivo della sella. Nuove e minuziose ricerche richiedono le prove fisiologiche, i cosidetti «tests» biologici: 1° la determinazione del limite di tolleranza degli idrati di carbonio; 2° la reazione termica dopo l'iniezione di estratti del lobo anteriore; 3° la determinazione della quantità di estratto del lobo posteriore necessaria alla produzione di un crampo intestinale; 4° lo studio delle variazioni della pressione arteriosa e della glicosuria alimentare dopo iniezione d'estratto del lobo posteriore e di adrenalina.

Acromegalia: nulla da modificare alla descrizione del P. Marie, ma occorre non tener conto che dei casi completi: ogni caso di acromegalia parziale deve essere tenuto in dubbio, ogni caso di acromegalia unilaterale per inesatto, la maggior parte dei casi di acromegalia congenita non sono dimostrativi: a tutti questi casi va riservata la denominazione di «abito acromegalico congenito». Risulta che l'acromegalia netta è legata ad un tumore dell'ipofisi, e senza dubbio, ad un tumore speciale. L'assenza di acromegalia in un gran numero di tumori dell'ipofisi deve attribuirsi all'esistenza nell'ipofisi di porzioni integre.

Gigantismo: che il gigantismo sia spesso di origine ipofisaria non è da mettere in dubbio, ma non siamo però autorizzati ad ammetterlo sempre. Inoltre per quanto stretti siano i rapporti fra gigantismo ed acromegalia, sembra difficile si possa ammettere trattarsi di un'unica affezione con modalità contingenti ed in rapporto con l'età in cui si sviluppa l'affezione. Infantilismo con arresto di sviluppo: l'espressione di infantilismo tipo Lorain o tipo Lorain-Levi, è da criticare; converrebbe designarlo col nome di infantilismo tipo Soques.

Sindrome adiposo genitale ed obesità ipofisaria: non è risolta la questione se alcuni casi di adenolipomatosi simmetrica, di lipodistrofia progressiva, di obesità dolorosa tipo Dercum, debbano riferirsi all'ipofisi. Così si potrebbe ammettere che l'obesità con macrogenitosomia precoce osservata nei tumori del-

l'ipofisi, non siano sotto la dipendenza di disturbi della funzione ipofisaria provocati dall'ipertensione.

Diabete zuccherino: la glicosuria ipofisaria è spesso variabile, intermittente, ben tollerata. È stata riscontrata in un terzo dei casi di acromegalia, od in seguito a tumori o a lesioni sifilitiche o tubercolari dell'ipofisi. I tumori iuxta-ipofisari, facili più degli altri alla compressione dei centri della base, non sembrano capaci di provocare la glicosuria.

Diabete insipido: si associa con una frequenza quasi uguale a tutte le altre sindromi ipofisarie. Sebbene molti elementi parlino in favore della sua origine tuberale, non bisogna togliere valore al fatto dell'azione utile dell'estratto del lobo posteriore.

I disturbi visivi delle sindromi ipofisarie meritano per la loro importanza un cenno particolare (M. Velter).

Essi hanno un grande valore semeiologico per la loro frequenza, per la loro precocità, per la loro importanza terapeutica. La loro frequenza è considerevole: nella statistica di Uthoff troviamo su 207 casi di acromegalia, più di 100 casi di emianopsia bitemporale, 11 casi di stasi papillare. Alcuni sintomi sono patognomonici di una lesione della regione della base (è la sindrome chiasmatica), altri indicano la propagazione della lesione o l'ipertensione. Le più importanti sono le alterazioni del campo visivo. I disturbi pupillari sono variabili: ineguaglianza pupillare, il più spesso con conservazione del riflesso luminoso. Esiste discordanza tra i disturbi funzionali e le lesioni constatate all'oftalmoscopio che spesso non mostra altro che la decolorazione della papilla dal lato temporale. L'acuità visiva è in rapporto con stasi o con l'atrofia, i disturbi oculo motori e l'esoftalmo con le lesioni della base. Il trattamento radioterapico ha spesso risultati eccellenti sui disturbi visivi.

Riguardo alla cura delle affezioni dell'ipofisi, Cushing e Balley apportano una interessante statistica operatoria: 243 operazioni sulla sella turcica per ablazione di tumori o per decompressione della sella, con il 10 % di mortalità operatoria: buoni risultati in molti casi di disturbi oculari; la serie dei campi visuali successivi mostra la retrocessione di accidenti fino ad allora progressivi. I disturbi della vista costituiscono l'indicazione operatoria per eccellenza.

Riguardo al trattamento radioterapico, Béclère indica la via fronto-temporale con moltiplicazione delle porte di entrata.

In molti casi il trattamento radioterapico ha avuto il più felice risultato sulle cefalee, sui disturbi oculari, spesso anche sui disturbi genitali.

Gli effetti più netti sono stati ottenuti nel trattamento opoterapico, con l'iniezione di estratto del lobo posteriore nei casi di diabete insipido: è questa un'azione non costante ma abituale, di una efficacia e di una rapidità rimarchevole, ma che non può essere considerata di natura veramente opoterapica. L'ingestione di lobo posteriore è inefficace perchè l'estratto è distrutto dai succhi digestivi. Cushing segnala che l'estratto può essere somministrato con successo per instillazioni nasali. L'azione degli estratti totali o del lobo anteriore sugli altri elementi della sindrome ipofisaria sembra essere molto più infedele.

MONTELEONE.

MEDICINA.

Sifilide e ittero.

(HERBERT FUHS e OSCAR WELTMANN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, maggio 1922).

Gli AA., riportano 28 casi di ittero e sifilide dei quali 24 appartenenti al periodo secondario e 4 al terziario. Fra i primi, in 7 potè stabilirsi con sicurezza un rapporto causale tra lue ed ittero: in 1 mancò del tutto: in 4 fu problematico e in 12 probabile.

Nei primi 7 l'ittero coincise con l'apparire di eruzioni esantematiche primitive o recidivanti. Solo in un caso si manifestò sette settimane dopo l'infezione, in r. W. fortemente positiva, ma in assenza ancora di ogni esantema (ittero atipico di Werner). L'ittero scomparve rapidamente con la cura mercuriale-salvarsanica senza essere mai accompagnato da sintomi gastrointestinali e da fenomeni di occlusione. Trattavasi invero del cosidetto *ittero sifilitico precoce* legato etiologicamente a una lesione tossica del parenchima epatico la quale, di entità varia, può giungere, nelle forme più gravi, fino all'atrofia gialla acuta del fegato.

Nel caso seguente la sifilide non ebbe certo nulla a che vedere, poichè trattavasi di una combinazione accidentale di litiasi biliare in sifilitico.

Negli altri 4 in cui la sintomatologia corrispose alla forma catarrale dell'ittero, la dipendenza dalla lue era da considerarsi più o meno accidentale, sebbene non fosse da escludersi in alcun modo una pregressa lesione epatica sifilotossica, eventuale momento predisponente per l'azione sul parenchima epatico di determinati fattori patogeni di origine gastro-intestinale.

Negli ultimi 12 individui l'ittero sopravven-

ne mentre la lue trovavasi in periodo di latenza. Anche qui comparvero sintomi da parte dell'apparato gastro-intestinale che molti degli infermi riferirono a errori dietetici pregressi, pretendendo così stabilire un nesso causale sul cui valore gli AA. esprimono però le loro riserve. Trattasi di ittero catarrale? A dir vero in questi casi, data la secondaria importanza nella sintomatologia generale dei fenomeni gastrici e dati i caratteri delle feci, mai acoliche e, dove soltanto oligocoliche, con presenza di stercobilina, nessun elemento autorizzerebbe un simile giudizio.

Quale parte etiologica spetterebbe allora al Salvarsan? Premesso che la dipendenza tra quest'ultimo e l'ittero rimane tuttora dimostrabile, è da ritenersi che, anche in quei casi in cui l'ittero comparve immediatamente dopo la somministrazione del farmaco, debba a questo attribuirsi una parte molto modesta.

Fra i casi riferiti in cui la comparsa dell'ittero era stata preceduta da una cura salvarsanica, solo in due l'ittero erasi manifestato rispettivamente pochi giorni e poche ore dopo l'iniezione, mentre in quattro l'intervallo decorso fu molto maggiore: da 1 a 4 mesi e perfino di 5 anni. D'altronde sia nei casi in cui non aveva avuto luogo somministrazione alcuna di Salvarsan, come in quelli in cui era stata effettuata, il quadro e il decorso clinico furono eguali. Soltanto in un solo infermo si manifestò, in coincidenza immediata con una iniezione di Salvarsan, notevole reazione generale con febbre e vomito: in tutti gli altri non si ebbe alcuna reazione generale immediata.

Pertanto gli AA. non si sentono disposti ad attribuire al Salvarsan una specificità dannosa sul fegato. Nei casi riferiti si ha invece l'impressione che il quadro morboso rappresenti piuttosto l'effetto cumulativo di fattori patogeni molteplici, tra i quali in linea principale la lue, mentre i fattori di origine alimentare e eventualmente il Salvarsan avrebbero soltanto una parte occasionale. Nel singolo caso in cui l'ittero si manifestò durante una violenta reazione seguita a iniezione di Salvarsan, il rapporto con quest'ultimo sarebbe da accettarsi nel senso che un'alterazione epatica, già latente e causata o dalla lue o da un fattore alimentare, fosse venuta alla luce in occasione di una forte reazione generale. Quest'ultima avrebbe agito provocando uno schock nel parenchima epatico.

Nei casi in cui l'ittero si produce nel corso di cure mercuriali non devesi parimente attribuire al mercurio un'azione tossica specifica sul fegato.

Nel periodo terziario le forme proliferative epatiche permetteno con maggiore facilità e precisione di stabilire la loro dipendenza dalla lue. Nei casi osservati avevasi una sindrome simile a quella della cirrosi. Era però caratteristico l'effetto benefico della cura antiluetica, la reazione di W. generalmente positiva, sia nel sangue che nel liquido ascitico, e la presenza di processi gommosi a carico di altri organi. Anatomicamente osservansi gomme, fegato lobato e processi peripatitici di natura luetica.

Da ultimo gli AA. accennano anche a quelle forme di ittero consecutive a pancreatiti luetiche nelle quali, in seguito a tumefazione della testa del pancreas, si produce un'occlusione incompleta del coledoco.

Concludendo, i rapporti tra la sifilide e l'ittero possono essere di varie guise: nel periodo secondario si verificano principalmente lesioni del parenchima di natura sifilotossica; nel periodo terziario si osservano processi proliferativi nel fegato e nei dintorni dell'organo, causa di compressione sui dotti biliari e i vasi portali.

Nel periodo secondario conosciamo le seguenti variazioni nei rapporti tra sifilide e ittero: 1) un ittero sicuramente sifilitico, *l'ittero sifilitico precoce*: 2) una forma nel periodo di latenza nella quale, avuto anche riguardo agli altri fattori, il rapporto con la lue può essere più o meno probabile. Il Salvarsan rappresenterebbe tutt'al più una causa coadiuvante: 3) una forma corrispondente al tipo dell'ittero catarrale con incerta dipendenza dalla lue: 4) una combinazione puramente occasionale di ittero e sifilide come nel caso surriferito di litiasi biliare. M. AGOSTINI.

CHIRURGIA.

La resezione del colon.

(B. SCHIASSI. *Annali Italiani di Chirurgia*, n. 4-5, 1922).

L'A. fa, molto opportunamente, notare come il metodo d'insegnamento della Medicina operatoria non ha dato un progresso sostanziale, in quest'ultimo quarto di secolo e come sarebbe utile conferirgli un carattere più *intellettuale*, con l'aggiungere l'esposizione di tutte le ragioni cliniche per le quali si compiono gli atti dei varî momenti operativi.

Lo studente, avrebbe, a questo modo, una preparazione veramente efficace allo studio più vasto della Chinica Chirurgica. Con questo criterio, che mira ad elevare l'attuale, gretto e spesso assurdo, insegnamento della Medicina

operatoria, con questo criterio, che non sappiamo abbastanza lodare ed incoraggiare, l'A espone il suo tipo di lezione, prendendo ad argomento la «*resezione del colon*» che è stata e continua ad essere soggetto di studio e di discussione.

L'esame oculato delle condizioni generali dell'infermo dirà se sia più conveniente eseguire l'operazione in uno o in due tempi. L'operazione di Alessandri è un processo intermediario buono e spesso praticabile.

Per eseguire l'asportazione di un segmento del colon è indispensabile praticare una mobilizzazione tale di questo tratto, quale è necessaria per portarlo anche al di là dei margini della ferita parietale. Una chiara e lucida descrizione illustra i caratteri ed i rapporti topografici del peritoneo parietale e viscerale, rendendo più evidenti i diversi tempi dell'atto operativo, che vengono così distinti: *Incisione delle pareti; preparazione dell'ansa; resezione dell'ansa; anastomosi; invaginazione.*

In ognuno di essi sono date norme precise, che non è possibile riassumere in poche linee, senza renderle oscure. Magnifiche figure arricchiscono il testo, rendendolo accessibile alle menti più refrattarie e meno preparate.

Il capitolo più interessante della bella monografia è quello che l'A. distingue col titolo di: «*Ragioni*». Queste si riferiscono ai diversi tempi dell'intervento operativo:

I. *Incisione delle pareti.* — È preferibile quella verticale, pararettale, con lievi varianti. Non danno inconvenienti consecutivi quella ad S, di Giordano e quella ad U rovesciata, di Ruggi.

II. *Preparazione dell'ansa.* — Anzi che scolpire il lembo peritoneale soltanto sul lato esterno dell'ansa, è consigliabile farlo anche dal lato interno: ciò facilita la mobilizzazione e l'allacciatura dei vasi. L'ansa deve essere mobilizzata in modo che i due capi da anastomizzare non subiscano poi stiramenti, sempre dannosi pel buon esito della sutura, e nello stesso tempo non venga compromessa la buona nutrizione dell'intestino.

III. *Resezione dell'ansa.* — La coprostasi può essere eseguita, nel tratto da asportare, con due robuste pinze di Kocher. Per i capi da suturare occorrono pinze a branche elastiche, rivestite con tubo di gomma o con tessuto a calza. Le pinze di Parlavecchio, pel tenue, rispondono benessimo anche pel colon.

IV. *Anastomosi.* — Sui capi da anastomizzare conviene applicare, rispettivamente, due pinze a branche elastiche, l'una a qualche centimetro discosta dall'altra. Le due più lontane dai capi recisi, sono *di sicurezza* e servono ad impedire, durante la sutura, filtrazione di liquido intestinale o di gas.

V. *Invaginazione.* — Nella resezione del colon, a differenza degli altri tratti, è da preferirsi l'anastomosi termino-terminale. Il tipo di sutura, margine a margine, che Carrel odopera pei vasi, risponde benissimo anche pel colon; è preferibile però ripartire la superficie da suturare in 4 segmenti, anzi che in tre. Tuttavia, malgrado la perfezione tecnica, le suture del colon, così eseguite, danno luogo a deficienza di contenzione, con una certa frequenza. La causa è da ricercarsi: nell'irrorazione sanguigna poco ricca di questo tratto d'intestino; nella flora batterica, singolarmente prospera e virulenta; nella diminuita resistenza di tutti i tessuti, dovuta e all'età, generalmente avanzata di questo genere di pazienti, e ad intossicazioni protratte; in ispessimenti cronici delle pareti intestinali del tratto ove deve cedere la resezione; nell'incompleto rivestimento peritoneale di qualche segmento del colon.

Ad ovviare a tali insuccessi eventuali, sono stati consigliati diversi procedimenti. Il bottone di Murphy è unanimemente bandito; la preferenza indiscussa deve esser data all'*invaginazione*, che l'A. pratica già da diversi anni.

L'idea dell'*invaginazione*, dovuta a Ramdor, 1730, venne successivamente perfezionata da Jobert de L., Senn, Doyen, Marro. ecc.

Pauchet, Pethers, Cascino, Reich procedono in modo, da non aprire il lume, settico, dell'intestino, prima dell'invaginazione e della sutura.

A questo punto l'autore, incidentalmente, riprova le tendenze inconsideratamente demolitrici di alcuni chirurgi, in generale, e specialmente del Pauchet, che con faciloneria sorprendente, propone la *colonectomia totale* in un gran numero di casi. A parte la vivacità della critica, sottoscriviamo a due mani a questa riprovazione, ma non possiamo fare a meno di notare come di questa tabe non sia immune qualche grande chirurgo, anche d'altra nazionalità.

Quanto alle plastiche di rivestimento, con lembi epiploici, l'A. conferma il concetto, già espresso in Roma, al Congresso di Chirurgia del 1920, *che si tratta di un mezzuccio di cui è meglio non fidarsi mai.* Ci permettiamo notare come in pratica chirurgica non vi sia nulla di cui si possa fidarsi *in modo assoluto*: i manicotti omentali, largamente usati dai chirurghi, hanno dato risultati confortevoli, che non è bene trascurare.

Certamente il processo *d'invaginazione* dell'autore è ottimo è merita larga diffusione. Eseguita la sutura dell'intestino, margine a margine, secondo il tipo Carrel, l'A. con fili di trazione, opportunamente applicati, invagina l'ansa prossimale nella distale, in modo che la linea di sutura venga profondamente nascosta e ricoperta dal cilindro intestinale invaginante. Un primo ed un secondo ordine di sutura circolare, a diverso livello, assicurano la posizione dell'ansa, così invaginata. L'A. non crede consigliabile di detergere le linee di sutura con batuffoli imbevuti di jodio o di gomenol; preferisce l'acqua calda o l'etere.

Qualche volta, come operò il Maproni, l'invaginazione può essere eseguita in senso *inverso* a quello ora descritto, senza alcun inconveniente di canalizzazione.

Nell'eseguire l'invaginazione, una piccola parte del meso marginale segue l'ansa rispettiva: bisogna aver cura che i punti di sutura non ne compromettano la vitalità.

L'applicazione, per la via anale, di un tubo di gomma, alla Balfour, è un espediente che può offrire reali vantaggi, per il periodo immediato post-operatorio, facilitando eliminazione dei gas e dei liquidi intestinali. La ostruzione del tubo può essere evitata con la periodica iniezione di liquidi diversi.

Come misura di prudenza è opportuno applicare una striscia di garza a ridosso della zona di anastomosi, facendola abboccare all'angolo inferiore della ferita addominale.

Questa la lezione tipo, che lo Schiassi chiude col motto: *Apprendere e comprendere.*

L'insegnamento della Medicina operatoria, così inteso ed impartito, integrato da larghe illustrazioni di *anatomia chirurgica*, diverrebbe di una utilità e di una importanza ben più grande dell'attuale.

Per quel che sappiamo, qualche Scuola si va avvicinando a questo concetto ideale. Un buon trattato, così concepito, ricco di figure dimostrative, spianerebbe la via non facile, nè piana.

T. FERRETTI.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

FLORAND e GIRAULT. *Diagnostic et Traitement des affections du tube digestif.* Masson, éd. Paris. Prix. fr. 18.

Manuale concepito per il pratico, ridotto alla minima espressione, necessaria perchè il capitolo delle malattie gastro-intestinali entri nel dominio del medico esercente, arricchito di tutti quei presidii tecnici, la cui conoscenza è oramai indispensabile e per la diagnosi e per la cura.

L'esofago, lo stomaco, l'intestino sono esaminati con metodo nella parte anamnestica, nella parte sintomatica subbiettiva ed obbiettiva; in breve è detto quanto è necessario per fissare le linee direttive di terapia medica e chirurgica. L'intenzione degli autori appare pienamente raggiunta. *t. p.*

MARY SWARTZ ROSE. *A Laboratory handbook for dietetics.* Un vol. in-8, rilegato, di 156 pag. Macmillan Company. New York, 1922.

La dietetica è diventata in questi tempi, quasi una scienza esatta, da quando si è dimostrata la grande importanza dello studio quantitativo degli alimenti. Scopo dell'opera è di fornire spiegazioni sui problemi connessi con i calcoli sul valore degli alimenti e sulle esigenze dell'organismo, nonchè quello di aiutare nella compilazione di tabelle dietetiche per mezzo di prospetti, che riducono al minimo il lavoro.

In questa seconda edizione, si sono tenuti in considerazione anche i fattori alimentari di natura sconosciuta, le vitamine, mentre altre tabelle, come quelle sulla nutrizione infantile, sul contenuto in calcio, ferro, fosforo sono state ampliate. Vi sono tavole per il dispendio di calorie, secondo il lavoro, per le differenti misure, ecc.

Noi dobbiamo esser grati all'Autrice, che con paziente accuratezza ha riunito tutti questi dati di indubbia utilità per chiunque si occupa seriamente di questo argomento tanto importante dal punto di vista della fisiologia, dell'igiene, della terapia. *fil.*

GUILLAUME A. C. *Les occlusion aiguëes et subaiguëes de l'intestin.* — In-16, pag. 302. — Masson & C., Paris, 1922. — Fr. 12.

L'occlusione intestinale è una sindrome, cui vengono assegnati confini più o meno vasti, a seconda degli autori: infatti non solo le cause meccaniche, ma anche le paralisi dell'intestino possono portare a sintomi di arresto del circolo fecale, e quindi alla sindrome di occlusione. E così appunto l'A. ha inteso l'argomento trattato nella sua monografia.

In una prima parte si è occupato brevemente della anatomia patologica e della fisiopatologia generale dell'occlusione.

Quindi ha tratteggiato, in separati capitoli, la sintomatologia, la diagnosi, la prognosi e la terapia. In un capitolo a sè ha riportato il contributo fornito della patologia sperimentale sugli animali colle conoscenze fisiopatologiche ed anatomiche dell'occlusione.

Il libro, se pur non sempre rigorosamente coordinato nell'esposizione, è assai ricco di coltura, di osservazioni, di materiale clinico, di critica: ad esso quindi ricorreranno con profitto medici e chirurgi, sia per completare la loro coltura su questo interessante argomento, sia per riscontro e interpretazioni di fatti nella multiforme materia dell'occlusione intestinale. *g. sabatini.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma

Seduta ordinaria del 25 giugno 1922.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Il prof. MARCHIAFAVA ricorda la perdita del prof. Laveran ed i suoi studi su la malaria ed invita l'Accademia a rivolgere alla sua memoria un mesto saluto. Il presidente prof. Ascoli si associa alle parole del prof. Marchiafava e ricorda anche la perdita del Quincke che ha contribuito allo sviluppo di vari campi della patologia del sistema nervoso e dell'apparato circolatorio.

Un seriografo semplice per le radiografie del duodeno.

Prof. P. ALESSANDRINI. — Dopo aver rilevato la importanza delle radiografie in serie per stabilire se le deformazioni del bulbo duodenale siano dovute a fatti transitori durante lo svuotamento o permanenti, se dovute a fatto organico o spastico e come esse permettano di distinguere con sicurezza il bulbo dall'antro, cosa difficile su una sola radiografia, mostra gli inconvenienti del seriografo del Riddel, non ultimo quello delle grandi dimensioni e il fatto che richiedeva un dispositivo diverso a seconda che le radiografie sono praticate in posizione orizzontale o eretta.

L'O. si è proposto di ovviare a tali inconvenienti riducendo le dimensioni del seriografo senza però ridurre le dimensioni dei radiogrammi e creando un unico dispositivo che potesse servire sia per le radiografie in posizione eretta che orizzontale.

Presenta un modello del suo seriografo mettendone in evidenza i vantaggi. Con esso si possono praticare 6 pose su di una lastra 24×30; ma sostituendo la lastra, il numero delle pose può essere indefinito senza spostare l'infermo. L'esperienza gli ha dimostrato sufficiente il numero di 6 lastre per ogni caso. La minima distanza che può separare una posa dall'altra è di circa tre secondi.

L'analisi della personalità in endocrinologia e antropologia criminale.

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. fa oggetto della sua comunicazione gli ultimi studi sui rapporti tra endocrinologia, psicologia e sociologia (Pende) e sui caratteri endocrini nei delinquenti (Carrara-Vidoni-Laudogna e allievi della sua scuola di Roma).

Essi studi sono un'affermazione della necessità di risalire alla costituzione morfologica e alle manifestazioni organiche funzionali individuali per la conoscenza delle più fini attitudini psichiche; confermano il fondamento scientifico dell'indirizzo morfologico organico dato allo studio delle anomalie della psiche da Cesare Lombroso; portano infine nuova luce sull'origine e sulla natura dei caratteri riscontrati nei delinquenti e ispirano nuove indagini per completare l'analisi della individualità criminale.

L'O. dimostra la necessità che nell'analisi della personalità umana non si seguano solo il criterio morfologico costituzionale, il nevropsichico, l'umorale, ma si rivolga al criterio antropopsicologico completando le indagini morfologiche della costituzione con le indagini craniologiche e le nevropsichiche coll'analisi metodologica più moderna della costituzione psicologica individuale.

L'O., riferendosi ai nuovi studi dei caratteri endocrini dei delinquenti, richiama gli antropologi criminalisti ai più rigorosi metodi di indagine ed alla massima obbiettività nelle conclusioni. Lo studio del delinquente deve essere fatto colla completa analisi di tutta la personalità secondo i criteri antropologici, nevrologici, psicologici, clinici e umorali. I rapporti tra eventuali caratteri endocrini e delitto vanno studiati tenendo conto rigoroso dei rapporti di causalità, non argomentando per deduzione solo da criteri dottrinali endocrinologici, ma per rigorosa e obbiettiva induzione in base ai caratteri tutti della personalità criminale valutati in rapporto a tutti gli elementi biologici influenzanti le attitudini criminali, che sono rilevabili non dal titolo della condanna, ma dall'esame completo della personalità in rapporto all'ambiente.

La secrezione del succo enterico provocata dalla stimolazione della mucosa intestinale con soluzioni saline e di analettroliti.

Prof. A. MAESTRINI. — Le conclusioni a cui l'O. è pervenuto in base alle esperienze eseguite sono le seguenti:

1° Soluzioni fortemente ipertoniche dei più svariati cristalloidi portati a contatto diretto della mucosa intestinale rappresentano stimoli energici della secrezione del succo enterico: azione stimolante non viene esercitata dalle stesse sostanze se sono in soluzione isotonica rispetto al sangue.

2° La pressione osmotica superiore a quella del sangue di una soluzione di cristalloidi non rappresenta per se stessa uno stimolo della mucosa intestinale atto a determinare la secrezione del succo enterico.

3° La intensità dello stimolo varia col variare della costituzione chimica dei cristalloidi e con la concentrazione molecolare della soluzione.

4° Le sostanze aventi un potere stimolante più debole nella secrezione enterica sono gli anelettroliti, più energico gli elettroliti e tra questi l'urea e l'acetamide hanno un potere stimolante piccolissimo inferiore a quello del glicosio, del saccarosio e della mannite.

5° La secrezione enterica provocata dalla stimolazione chimica della mucosa intestinale viene inibita dalla morfina, sia se iniettata sotto cute, sia se assorbita attraverso l'ansa intestinale; una azione inibitrice, ma meno intensa, viene esercitata dall'atropina assorbita in forti dosi attraverso l'ansa stessa, mentre un'azione favorevole alla secrezione viene esercitata dalla pilocarpina in forti dosi.

6° Non esiste un rapporto di dipendenza di carattere teleologico tra digeribilità delle sostanze alimentari da parte del succo enterico e azione stimolante che esse sono capaci di esercitare nella secrezione del succo enterico quando vengano portate a contatto diretto della mucosa enterica.

7° La secrezione del succo enterico, provocata da soluzioni di cristalloidi portate a contatto della mucosa intestinale si può considerare come un fenomeno di significato teleologico di difesa, cioè avente lo scopo di diminuire la concentrazione molecolare e quindi l'onnionocività di soluzioni ipertoniche di sali o di anelettroliti e di neutralizzare le soluzioni acide, grazie alla alcalinità del succo enterico. Però non si può negare ad essa un significato teleologico digestivo, cioè lo scopo di favorire l'assorbimento dei prodotti della digestione degli alimenti (dei mono o disaccaridi diluendone le soluzioni troppo concentrate, degli acidi grassi trasformandoli in saponi di sodio).

Osservazioni sopra la vita sessuale dei gasteropodi polmonari terrestri.

Prof. P. DORELLO. — L'O. espone le osservazioni da lui compiute sulla vita sessuale dei gasteropodi polmonati terrestri appartenenti al genere Helix.

E. GROSSI.

Società medica ospitaliera di Brescia.

Sedute del 20 aprile-4 maggio-18 maggio.

Presiede prof. ARTURO CAMPANI.

Gli elementi pronostici nel tifo
(relatore prof. CAMPANI).

Dott. F. BERGOLLI. — L'O., sull'osservazione personale di circa 300 casi e sull'esame accurato della letteratura, porta un notevole contributo alla prognosi nel tifo, argomento molto difficile perchè i coefficienti pronostici sono in questa malattia numerosissimi. Egli li passa tutti in rassegna soffermandosi particolarmente su punti molto discussi come quello della splenomegalia, della vaccinazione, delle reazioni di gruppo, dell'interferenza e complicanza di altre infermità, degli enantemi ed esantemi, delle varie complicanze, ecc. Il lavoro paziente è ricco di osservazioni originali e può riuscire certo molto utile guida al medico pratico.

Sulla diagnosi differenziale delle angine infettive.

Dott. F. MICHELETTI. — Espone la necessità di diagnosi differenziale precoce nelle angine dovute alle malattie infettive correnti. Cita casi di angina difterica in cui una diagnosi sicura avrebbe consentito esito benigno se, invece di piccole dosi fossero state tempestivamente praticate dosi massive di siero. Ne cita altri in cui bambini inviati all'Ospedale per *croup* difterico, ed in effetto malati di sola scarlattina, ebbero in conseguenza di dosi massive — grave malattia da siero, seguita da più grave reumatismo scarlattinoso. Riferisce inoltre di una stenosi laringea da varicella iniziatasi qualche giorno avanti la gettata dell'esantemo e parla più ampiamente circa un ascesso perilaringeo simulante il *croup* dovuto in origine ad una scarlattina spuria.

Quando deve essere richiesto l'intervento del chirurgo nella pleurite purulenta acuta?

Dott. A. MAGRASSI. — L'O. ricorda che l'argomento fu oggetto di ampia discussione nell'ultimo Congresso di Napoli in un'adunanza plenaria della Società di Medicina e Chirurgia.

Richiamate in rapida sintesi le conclusioni a cui sono venuti i relatori prof. Schiassi e prof. Morelli afferma che tali conclusioni debbono essere combattute, e, riferendosi ai risultati della propria esperienza personale, basata su una statistica di 220 osservazioni con una mortalità di poco superiore al 9 %, dichiara doversi ritenere la *toracotomia* come il metodo di scelta nella pleurite purulenta acuta, come quella che, pur assicurando nel maggior numero dei casi il ripristino quasi completo della funzionalità, dà la minore percentuale di mortalità.

Tale intervento deve essere il più sollecito possibile e tanto più sollecito quanto più gravi sono le condizioni dell'ammalato. Solamente nei casi leggeri con scarsi fenomeni tossici o meccanici può essere opportuna l'attesa armata, potendosi qualche volta verificare la risoluzione spontanea del processo e l'assorbimento dell'essudato (3 % nei 220 casi personali).

Sopra un caso di ascesso subfrenico destro da perforazione di ulcera gastrica.

Il caso è di sommo interesse dal punto di vista diagnostico, poichè le manifestazioni iniziali erano state tali da simulare una polisierosite. Richiamata rapidamente la letteratura e la casistica in argomento, fa notare l'importanza che sempre deve essere data ai precedenti gastropatici dell'a. e alla ricerca sistematica dei sintomi della raccolta subfrenica.

L'interesse del caso osservato (giovane studente in medicina) è anche dato dal fatto che a distanza di un mese circa dell'intervento chirurgico (apertura transdiaframmatica previa reazione della 10ª costola) si ebbe una ricaduta con fuoruscita di sostanze alimentari dalla ferita operatoria; essa richiese un secondo intervento nella regione del triangolo di Petit per dove si era fatta strada la raccolta purolenta seguendo la regione retrocolica.

L'a. è perfettamente guarito e la guarigione si mantiene stabile ormai da parecchi mesi.

Malformazione congenita del cuore e ascesso cerebrale.

Dott. G. RANZOLI. — Una bimba settenne presentò un'emiplegia da lesione cerebrale insieme ai segni di una cardiopatia. V'erano inoltre febbre irregolarmente intermittente, leucocitosi neutrofila.

Il caso venne interpretato come endocardite infettiva ed embolia della Silviana; all'autopsia risultarono invece una stenosi dell'arteria polmonare con larga lacuna del setto interventricolare e origine dell'aorta a cavallo dei due ventricoli, e un vasto ascesso cerebrale.

L'errore fu reso possibile dall'insufficienza dell'anamnesi, dalla mancanza della cianosi e dalle dita a bacchetta di tamburo, dall'errata interpretazione della febbre e della leucocitosi. Neppure all'autopsia si potè rintracciare l'origine dell'ascesso cerebrale.

Metastasi mediastinica di neoplasia gastrica.

Un uomo cinquantenne, immune da sifilide, presentò edema duro cianotico dell'arto superiore sinistro della spalla e adiacenze, nonchè trombosi delle vene giugolari interna ed esterna. Verso la fine della vita si resero palesi i sintomi di una neoplasia gastrica, nella fase ulcerativa, che guidarono al giudizio diagnostico, confermato dall'autopsia, di grosso ganglio linfatico invaso da metastasi e comprimente il tronco venoso brachio-cefalico di sinistra.

Embolia dell'arteria mesenterica inferiore - Infarto emorragico del colon discendente, perforazione intestinale.

Una donna settantenne entrata coi sintomi di degenerazione miocardica e di arteriosclerosi, in via di miglioramento è colta quattro ore dopo la cena e in relativo benessere da un violento dolore al quadrante inferiore sinistro dell'addome; seguono fatti di colasso addominali e un'abbondante enterorragia. La temperatura si mantiene normale, l'alvo aperto con piccole scariche fecali ed emorragiche di odore cadaverico in cui si rinvengono piccoli cenci di mucosa. Viene formulata in via di ipotesi la diagnosi di embolia della mesenterica. Alla tavola si riscontrano lesioni dell'infarto emorragico estese dal ceco al retto, culminanti nel sigma, ove trovasi una perforazione. L'arteria mesenterica inferiore è occlusa da un embolo in parte calcareo staccatosi da una delle numerose ulceri ateromatose delle quali era cosparsa l'aorta toracica.

La diatesi pseudofosfaturica.

Prof. A. CAMPANI. — L'O., fatto ampio riassunto dei lavori propri sull'argomento e su quelli di altri autori, espone i risultati delle sue numerose osservazioni e degli studi clinici e sperimentali, concludendo:

1) il carattere urologico più costante, oltre alla precipitazione dei fosfati per la ipoacidità fosfatica, è la presenza di carbonato di ammonio e in genere la ricchezza di carbonati;

2) che la così detta pseudofosfaturia o precipitazione di fosfati terrosi, anche nella forma latente del Freudemberg, deve ritenersi l'esponente di una alterazione diatesica, temporanea o permanente nel ricambio cellulare per l'insufficenza o deficenza delle cellule a trattenere l'alcali necessario per una florida vitalità dei tessuti;

3) tale diatesi in generale è opposta a quelle che fa una capo all'uricemia e alla gotta, e alla polisarcia, come lo dimostrano i caratteri antagonistici somatici, biologici e patologici degli individui nell'uno e nell'altro tipo. La carbonaturia pressochè costante è prova della deficenza nei processi digestivi e assimilativi specie degli amidacei e dei grassi;

4) il coefficente sessuale diretto, a mezzo dei liquidi genitali alcalini, e quello endocrino-sessuale, indirettamente, possono influire nella patogenesi di parecchi casi giovanili;

5) spesso si verificano nel periodo precedente a forti emissioni di urine alcaline crisi nervose e circolatorie che ricordano quelle emoclasiche. Ciò può essere in rapporto a modificazione delle cariche elettriche dei liquidi organici con spostamento molecolare di H, OH, acidi ed alcali la cui importanza negli assestamenti molecolari dei colloidi è grande;

6) benchè spesso concomitante non deve essere confusa la pseudofosfaturia colla calcariuria.

Dott. ROSARIO CERUTI.
Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Valore diagnostico dei riflessi.

(Riflessi tendinei e periostei).

È superfluo ricordare come l'interpretazione « geometrica » delle lesioni del midollo spinale, esige conoscenze esatte di anatomia e fisiologia del nevrasse: anche pel neurologo, come per il marinaio, si tratta di determinare « il punto » di lesione midollare in base all'intersezione di linee conosciute, e specialmente, nel piano verticale le vie motrice e sensitiva; nel piano orizzontale i corni anteriori (centri motori e trofici), i centri riflessi e i centri sfinterici, ai quali occorre aggiungere le localizzazioni simpatiche.

Praticamente il riflesso è la traduzione con una contrazione muscolare, di una eccitazione periferica: l'eccitazione segue il nervo sensitivo, giunge al corno posteriore, al corno anteriore, al nervo motore, al muscolo striato. Il riflesso pilomotore, per giungere ai muscoli lisci della pelle segue la via del simpatico. Abbiamo quindi: riflessi tendinei e periostei; riflessi cutanei; sincinesie; riflessi di difesa; riflessi pilomotori.

Per ottenere la risposta da un muscolo allorchè percuotiamo un tendine od un segmento osseo, occorre, oltre al rilasciamento dei muscoli in questione, distrarre l'attenzione del soggetto. In un riflesso noi consideriamo:

1° L'intensità. Un riflesso può essere normale, esagerato, diminuito, abolito. Se un riflesso sembra esagerato, e se percuotendo lo omologo si ha la stessa risposta, siamo in presenza di una semplice vivacità del riflesso. Percuotere sempre con la stessa forza e porre attenzione che il riflesso non sia esagerato per la debolezza dei muscoli antagonisti (cerebellari). Se un riflesso risulta abolito, eliminare « a priori » l'areflexia congenita.

2. Le qualità del riflesso: possono essere spasmodici. La scossa è allora più brusca, quasi come una molla che si dispieghi. Si può avere una diffusione del riflesso a gruppi più o meno lontani, od una inversione (ed allora sono gli antagonisti che si manifestano).

In generale, la lesione dell'arco riflesso produce l'abolizione o la diminuzione del riflesso; le lesioni del fascio piramidale, prima abolizione, poi esagerazione.

Riguardo alla localizzazione midollare: un riflesso abolito o diminuito indica una lesione in situ, in rapporto al riflesso esplorato, un riflesso esagerato una lesione soprastante al centro del riflesso.

Riflessi cervicali:

R. tendinoso bicipitale: percussione del tendine del bicipite alla plica del cubito; flessione dell'avambraccio. Quinto segmento.

R. periosteo stilo radiale: percussione dell'estremo inferiore del radio: flessione dell'avambraccio sul braccio e delle dita nella mano. Sesto segmento cervicale.

R. tendinoso tricipitale: percussione del tendine olecranico del tricipite: estensione dell'avambraccio. Settimo segmento.

R. periosteo cubito pronatore: percussione dell'estremo inferiore del cubito: pronazione della mano. Ottavo segmento.

Riflessi dorsali:

R. dell'omoplata (secondaria importanza).

Riflessi lombari:

R. periosteo degli adduttori: percussione del condilo interno del femore o della faccia interna della tibia: adduzione della coscia. Secondo segmento lombare.

R. rotuleo: percussione del tendine rotuleo: estensione della gamba. Il riflesso controlaterale è una diffusione. Terzo segmento lombare.

Riflessi sacrali:

R. achilleo: percussione del tendine di Achille: flessione plantare del piede. Primo segmento sacrale.

R. di Mendal-Bechterew: percussione del dorso del piede, nella regione cuboidea: estensione delle ultime quattro dita. Probabilmente: secondo segmento sacrale. MONTELEONE.

CASISTICA.

Ematuria senza sintomi.

A. H. Burgess (*British med. Journ.*, 20 maggio 1922) in 100 casi di ematuria senza altri sintomi, l'ha trovata in 65 di origine vescicale, in 35 di origine renale. Fra i primi casi ha riscontrato 59 volte *tumori* (in 41 papilloma villoso in 18 tumori maligni); la diagnosi fra tumore maligno e benigno non è sempre possibile con la cistoscopia, e l'A. prescrisse quindi nei casi iniziali di procedere alla cistotomia soprapubica determinando poi la natura del tumore.

Ipertrofia della prostata: 3 casi dovuti ad ipertrofia intravescicale, senza alcun altro sin-

toma; guariti con la prostatectomia. Ancor meno frequenti sono altre cause; l'A. ha riscontrato rispettivamente un solo caso di ulcera semplice solitaria (l'ammalato morì poi per tubercolosi), di ulcerazione per un punto di sutura di catgut, lasciato dopo la colporrafia eseguita 3 anni prima, di calcolo vescicale incuneato in una sacca retroprostatica.

Ematurie di origine renale. In 14 casi, in cui l'ematuria non era presente al momento dell'esame, non si potè stabilire la causa; in 9 casi si trattava di tumori maligni, compreso l'ipernefroma. Altre cause sono state riscontrate dopo la nefrotomia esploratoria, eseguita dopo la localizzazione della emorragia per mezzo del cistoscopio; si trattava di papilloma della pelvi renale (2 casi), di angioma della papilla renale, verso il polo inferiore, di malattia cistica congenita, di nefrite cronica con piccole cisti (rispettivamente 1 caso).

In tre casi si trattava di calcolo renale; a tale proposito l'A. fa rilevare che nel caso di calcoli bilaterali l'ematuria senza dolori da un lato può accompagnare la colica tipica, ma senza ematuria, dall'altro, sicchè senza l'esame cistoscopico, si può essere indotti in errore nella localizzazione del calcolo. Talvolta l'ematuria da calcolo renale può dare la morte.

In 2 casi si trattava di rene mobile, in altri due, non è stato possibile scoprire alcuna causa (ematuria essenziale). Nella investigazione clinica è necessario dapprima escludere che si tratti di emoglobinuria, poi considerare la possibilità di malattie generali (emofilia, scorbuto, anemie, malattie cardiache con congestione passiva). Localizzata la causa nell'apparecchio urinario, si cercherà con la cistoscopia se essa provenga dalla vescica o dal rene (unilaterale o bilaterale) la natura della lesione, le condizioni funzionali dell'apparato urinario.

Quando la cistoscopia è fatta durante l'emorragia, si può localizzare il rene affetto (in caso di emorragia abbondante si introdurrà una soluzione di adrenalina); con ulteriori ricerche, quali la palpazione della regione lombare, l'esame delle urine, anche estratte col cateterismo ureterale, la radiografia, ecc. si potrà stabilire la causa, risultato a cui si arriva talvolta solo con la nefrotomia esplorativa, se non si trovano lesioni macroscopiche, si asporterà un pezzetto di parenchima renale per l'esame istologico. In caso di ematuria essenziale si ricorrerà al trattamento medico e solo se l'emorragia è tale da mettere in pericolo la vita, si procederà alla nefrectomia.

r. s.

Cause della pollachiuria

Si ha una pollachiuria fisiologica per eccesso di bevande. Le cause patologiche si possono così distinguere:

Renali. — Tubercolosi e altre infezioni del rene, calcoli, tumori, idronefrosi, rene mobile, nefrite cronica, rottura del rene.

Vescicali. — Infezioni, calcoli, tumori, atonia vescicale, fistola intestino-vescicale, vescica abnormemente piccola.

Uretrali. — Uretrite, restringimenti, calcoli, corpi estranei, tumori, fimosi, uretrocele.

Prostatiche e vescicolari. — Prostatite acuta e cronica, ascesso, tubercolosi, iperplasia prostatica; prostata piccola fibrosa, tumori maligni, calcoli della prostata, spermatocisti, tubercolosi delle vescichette.

Urinarie. — Fosfaturia, ossaluria, iperacidità.

Indipendenti dell'apparato genitourinario. — Diabete, errori dietetici, riflessi funzionali dal retto, tabe, pressione esterna sulla vescica (gravidanza, cisti ovarica o idatidea, tumori dell'utero).

(W. K. Irwin. *The practitioner*, marzo 1922).

DORIA.

TERAPIA.

La guarigione della sifilide.

Soltanto il salvarsan è spirocheticida.

Il mercurio, secondo F. Lesser (*Med. Klinik*, n. 26, 1922), agisce soltanto sulle manifestazioni sifilitiche, per la sua azione antiflogistica, promuovente il riassorbimento, disseccante; le spirochete scompaiono dalla periferia delle varie manifestazioni, persistendo sempre negli strati più profondi. La cura mercuriale sarebbe dunque soltanto sintomatica; le varie manifestazioni sifilitiche rappresentano però delle reazioni utili che tendono a determinare la guarigione spontanea; far scomparire queste manifestazioni può equivalere ad opporsi a tale tendenza alla guarigione. Sono perciò da sconsigliarsi assolutamente le cure mercuriali preventive, e quelle periodicamente ripetute nel corso dell'infezione sifilitica. Il mercurio riesce però utile se razionalmente impiegato, perchè esso inibisce quelle reazioni locali che per essere esagerate compromettono l'integrità dei tessuti o rendono gli ammalati inabili al lavoro. Avendo il mercurio un'azione soltanto sintomatica, si deve ammettere che le guarigioni della sifilide nell'era presalvarsanica fossero delle guarigioni spontanee.

Di solito la tendenza naturale alla guarigione non riesce però ad avere ragione dell'infezione sifilitica (ne è prova l'estrema rarità di recidive nell'era mercuriale). È più utile cercare di rafforzare, negli stadi latenti della lues, tale tendenza con mezzi igienico dietetici (cure diaforetiche, bagni d'aria e di luce, massaggio) che non attenuarle per mezzo di cure mercuriali. L'unico rimedio etiologico appare il salvarsan, che applicato in casi di sclerosi iniziale con Wassermann ancora negativa, apporterebbe il 100 % di guarigioni (con una sola serie). POLLITZER.

Pericoli delle iniezioni endovenose di chinina troppo concentrate e troppo rapide.

U. N. Brahmachari (*Journ. of tropical medic. and hygiene*, 1° luglio 1922) ha richiamato l'attenzione sin dal 1920 sopra la pericolosa diminuzione di pressione, che si osserva dopo l'iniezione endovenosa concentrata di bicloridrato di chinino. Il fenomeno è conseguenza della quantità di chinina che passa attraverso il cuore in un determinato tempo e quindi quanto più lentamente si fa l'iniezione, tanto minore è la probabilità di un profondo abbassamento di pressione; d'altra parte non si può iniettare una soluzione troppo diluita, poichè altrimenti occorrerebbe introdurre una quantità eccessiva di liquido, circa ½ litro, ciò che, specialmente in casi di perniciosa con collasso, può essere seguito da edema polmonare.

L'A. ritiene che la quantità di chinina da iniettarsi per le vene non deve essere superiore a cg. tre per minuto, e quindi 60 cg. debbono iniettarsi in 20 minuti. Con una diluizione a 1:300 (in soluzione fisiologica) se ne iniettano 10 cmc. per minuto, con un totale di 200 cmc. di liquido, diluizione e volume che non debbono essere superati, sotto pena di gravi effetti. La pressione sistolica tende a diminuire, quella diastolica a salire; con l'aumento della concentrazione, più notevole è l'abbassamento della pressione, e, per qualche secondo, l'azione del cuore è irregolare. Quando si usassero i 60 cg. diluiti in 100 cmc. occorrerebbe impiegare non meno di un minuto per ogni 5 cmc.; l'uso di soluzioni ancora più concentrate, prescritte da taluno, è assolutamente da sconsigliarsi. Per i pazienti sotto i 15 anni, l'A. consiglia la metà dose, cioè 30 cg. diluiti in 100 cmc., da iniettarsi sempre in 20 minuti.

Per regolare il deflusso, l'A. usa un ago fino, che assicuri la fuoriuscita di 10 cmc. per minuto.

Allo scopo poi di prevenire un abbassamento di pressione, che potrebbe verificarsi talvolta immediatamente dopo l'iniezione, e che, nonostante la diluizione giusta del medicamento, potrebbe essere fatale, l'A. consiglia l'iniezione di pituitrina o di adrenalina.

fil.

Di un nuovo metodo di cura della Tripanosomiasi umana.

L'autore pone a base della cura questi due principi:

1° la guarigione avviene per la formazione di anticorpi tripanolitici nel sangue;

2° nella maggior parte dei casi, il parassita finisce col trovare un nascondiglio nel canale cerebro-spinale, dove resta inattaccato da ogni sorta di sostanze medicamentose, somministrate per via intravenosa, ipodermica, orale e con la sua presenza in questo luogo finisce col determinare la morte del paziente.

L'autore si comporta come appresso: inietta gr. 0,3 di neokharsivan per via endovenosa per distruggere un largo numero di tripanosomi nella corrente sanguigna e ottenere così il massimo contingente di anticorpi tripanolitici. Tre ore dopo l'iniezione estrae cc. 30 di sangue, lasciandolo riposare 24 h.: del siero formatosi ne inietta da 15 a 20 cc. in sostituzione di altrettanti cc. di liquido cefalo-rachidiano nello speco vertebrale, sottoduralmente.

Una iniezione basta: segue per 1, 2 giorni febbre, violenta cefalea,.

L'autore ha trattato con questo metodo ottanta casi: di trentuno ha una storia che rimonta a più di sei mesi dal trattamento. Due casi molto avanzati sono morti, due non sono tornati a farsi vedere, tre sono morti per altre cause: gli altri ventiquattro stanno perfettamente bene. Un solo insuccesso in un malato assoggettato precedentemente a dosi ripetute di arsenico e di antimonio.

(CLAUDE H. MARSHALL in collaborazione con VASSALLO). V. MARZETTI.

IGIENE.

Tubercolosi e proiezione di goccioline infette.

Allo scopo di determinare con precisione la quantità di goccioline che fuoriescono durante la tosse, G. Seiffert (*Münch. mediz. Wochensch.*, 14 luglio 1922) ha escogitato un metodo mediante il quale la presenza di acqua viene rivelata da una reazione chimica. A tale scopo si imbeve dapprima della carta poco assorbente con una soluzione di solfato di ferro al 2 %; quando essa è perfettamente asciutta vi si stende in strato sottilissimo, uniforme, del ferricianuro di potassio (prussiato rosso) finamente polverato. La carta, così preparata, si mantiene a lungo, purchè tenuta al riparo dall'umidità. L'acqua che arriva su tale carta vi determina un colore bleu scuro; se vi si tossisce contro, le goccioline si rivelano mediante macchie bleu scure, di forma varia, di dimensioni talvolta tanto piccole da essere visibili solo con la lente o con il microscopio. Il metodo è quindi un sensibilissimo rivelatore delle goccioline.

Dalle ricerche dell'A. risulta anzitutto che il numero delle goccioline è assai variabile, in dipendenza della forza della tosse, che viene determinata a sua volta dalle condizioni dell'individuo (età, sesso, stato di salute): il numero delle goccioline tossite da un tubercolotico leggero capace di lavorare è molto maggiore di quelle eliminate da un tisico grave costretto al letto. Un altro fattore di tale quantità è il numero dei colpi di tosse. Complessivamente si ha un massimo al mattino, che discende nel corso della giornata per risalire verso la sera.

La forma delle piccole goccioline, in rapporto alla legge della tensione superficiale, tende alla sferica: ve ne sono però a forma di catene e di fili. La grossezza è variabile da 10 μ a 5 mm.; le piccole, che formano la maggioranza sono di 100-500 μ. Variabile è pure il rapporto fra goccioline boccali e quelle bronchiali; queste ultime, nell'ammalato rappresentano 1/3-1/4 del numero totale.

La diffusione ha luogo in direzione all'avanti o leggermente laterale, non di fianco nè tanto meno all'indietro; la massima distanza a cui possono arrivare è di m. 1.5, in media di cm. 30-35. Le goccioline oltre i 100 μ rimangono sospese nell'aria per un massimo di 5 secondi, ma non si può negare con sicurezza che goccioline più piccole possano rimanere sospese più a lungo. Non si è potuto riconoscere il trasporto di goccioline di dimensioni oltre i 100 μ per mezzo di lievi correnti d'aria.

Con lo starnuto, le goccie sono più grosse e possono venire lanciate a m. 3.50, in generale a m. 1.25: nel parlare, le goccioline sono inviate fino a 25 cm. in media; vi sono però molte variazioni secondo il modo di parlare, e le singole lettere. Nell'aria semplicemente espirata non vi sono goccioline.

L'importanza delle goccioline così eliminate è massima per la peste polmonare, influenza, coriza infettiva, meningite cerebro-spinale, pertosse; minore, ma non trascurabile, è per il morbillo, scarlattina, vajuolo, varie forme di polmoniti, difterite e forse anche lebbra; in queste malattie si deve tener presente che le goccioline possono determinare infezioni da contatto e da polvere.

Per quanto riguarda la tubercolosi, si osserva anzitutto che la probabilità dell'infezione per tale via cresce per quanto più a lungo l'individuo è esposto alla nebbia di goccioline; la frequenza di questo modo d'infezione è però ancora da provarsi. Comunque il numero di bacilli è assai più scarso che nello sputo; maggiore è la loro eliminazione nell'autunno avanzato, inverno, primavera ed al mattino.

Anche per la tubercolosi va preso in considerazione il fatto che le goccioline tossite possono dare infezione da contatto e da polvere: la tavola, gli abiti, gli oggetti di un tubercolotico ne sono pieni: la mano contro cui si tossisce viene coperta e così pure il viso di un poppante, quando la madre tossisce. Quindi per quanto scarso sia il numero di bacilli così eliminato, la casa, l'officina, frequentate dal tubercolotico ne sono pieni e l'infezione da contatto o da polvere è estremamente probabile.

Le goccioline rappresentano quindi un pericolo grave quando si abbia a che fare con tubercolosi che eliminano bacilli: si deve quindi prevenire la diffusione ed uccidere i bacilli. Ciò può ottenersi facendo tossire i tubercolotici entro scatole, al cui fondo si trovi della carta imbevuta con disinfettante; può bastare una sottocoppa con cotone o con un pezzo di carta, e, per il tubercolotico nella strada, una specie di portasigarette contenente pure cotone o carta; da ricambiarsi e da bruciarsi ogni giorno. Il pavimento ed i mobili, specialmente la tavola, vanno disinfettati ogni giorno; l'A. consiglia di usare a tale scopo la soda calda. Anche i tappeti vanno spazzolati e battuti solo dopo averli inumiditi con un disinfettante; analoghe precauzioni devono usarsi per i vestiti, che il tubercolotico dovrebbe spazzolare da sè, evitando comunque di adibire a tale bisogna i giovani. Analoghe misure vanno seguite nei sanatorî e negli ambulatori frequentati da tubercolotici.

La lotta contro le goccioline deve procedere di pari passo con quella contro lo sputo: si deve fare inoltre rilevare che essa acquista notevole significato anche nel caso di influenza, di pertosse, di coriza. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1339) *Cura medica del gozzo parenchimatoso.* — Al dott. G. V. da M. n. F.

Le iniezioni di iodio secondo la formula del Durante (Iodio centgr. uno — ioduro di potassio centgr. due — acqua distillata e sterilizzata gr. uno) dànno buon risultato nella maggior parte dei casi. Occorre fare un'iniezione ogni due o tre giorni nello spessore del gozzo, ciascuna volta naturalmente in punti diversi, spostando l'ago (dopo averlo introdotto) in varie direzioni, in modo da diffondere bene la soluzione. La cura deve essere prolungata per lungo tempo (mesi e mesi) e soltanto dopo molto tempo se ne potranno vedere i risultati. Se questi sono negativi non resta che ricorrere alla cura chirurgica.

L. D.

(1340) *Tubercolo di Carabelli.* — Al dottore A. G., abb. n. 4497(1):

Il corpuscolo del Carabelli è una forma di distrofia dentaria rappresentata da un'abnorme piccola protuberanza nella faccia interna di uno dei molari in alcuni soggetti.

Recentemente se n'è molto parlato come di un segno di eredo-lue: sembra però che esso non abbia alcun carattere di specificità. Cfr. *Policlinico,* Sezione pratica, anno XXIX, f. 37, pag. 1210. V. MONTESANO.

(1341) *Siero- e vaccinoterapia del tifo e dei paratifi.* — Al dott. M. G. da O.:

Esistono da tempo vaccini e sieri specifici da usare nella terapia del tifo e dei paratifi. Il siero è stato sostenuto nel suo valore specialmente in Francia dalla scuola dello Chantemesse, ma non ha trovato grande seguito. I vaccini sono stati più volte tentati con resultati discutibili. Sieri e vaccini hanno acquistato un altro significato dacchè si sono stabilite le basi della terapia aspecifica delle malattie infettive. Non esiste però ancora una direttiva sicura che stabilisca il vero valore di questi mezzi terapeutici, i quali possono essere tentati, purchè si sia molto prudenti, quando si voglia seguire la via endovenosa. Nella nostra esperienza abbiamo avuto casi di netto miglioramento talora decisivo in alcuni casi: essi però sono molto meno frequenti di quello che si trova scritto nei lavori dei sostenitori di tal genere di cura. *t. p.*

(1342) *Trattati di bacteriologia clinica e di tecnica microscopica.* — Al dott. P. C., abbonato n. 5507:

Possono fare al suo caso i *Précis de microbiologie clinique* di F. BEZANÇON e i *Précis des examens de Laboratoire* di L. BARD, entrambi editi da Masson di Parigi. *t. p.*

(1343) Al dott. Miliani, Ospedale Vespucci, Firenze.

L'articolo del Darier sulle indicazioni operatorie del carcinoma primitivo della pelle si trova nel *British Medical Journal* del 25 marzo 1922, pag. 477. L. D.

(1344) All'abb. n. 7926:

Consigliamo: GOUGEVOT. *Syphilis en clientèle.* Maloin ed. Paris, 1920.

Guide du praticien pour l'emploi de l'Arsenobenzol e du Novarsenobenzol.

Poulenc fréres - 92 Rue Veille du Temple, Paris. V. M.

(1345) Al dott. D. F. Grande (Sparanise) ed al dott. D'Agata (Avola):

G. DRUETTI: *L'arte dei cosmetici in rapporto all'igiene.* Soc. ed. Dante Alighieri. Roma, 1894 (esaurito?). — S. JESNNER: *Schönheitsfehler und ihre Behandlung* (*Kosmetik*). C. Kabitzsch, Lipsia, 1921. — J. P. DURVELLE: *Nouveau formulaire des parfums et des cosmétiques.* Librairie Desforges, Paris, 1921.

fil.

VARIA

Lo scopo dell'eugenica.

La rassegna di studi sessuali pubblica un articolo di Havelock Ellis, il più fervente apostolo contemporaneo dell'eugenica, nel quale sono i dati programmatici della scienza che tende al miglioramento fisico e morale della umanità.

L'eugenica non può tendere alla cultura di una particolare razza umana con la pretesa che essa sia superiore a tutte le altre. Bisogna anche guardarsi dal tentativo di coltivare entro la razza un unico tipo particolare, individuale di uomo, conforme ad un ideale esclusivista.

Si possono distinguere due categorie di eugenica: l'una positiva, tendente a migliorare e conservare le stirpi buone; l'altra negativa tendente ad arrestare lo sviluppo di quelle cattive.

Per molte considerazioni la seconda, cioè la eugenica negativa, è di più facile attuazione ed è la più efficace.

Accumulando, come si è fatto per un secolo, tutti coloro che rientrano nelle varie categorie, dei non idonei; favorendone la nascita; difendendoli in tutti i modi dalle malattie e dalla morte; proteggendoli e mantenendoli in costosi istituti, si caricano le spalle degli individui idonei con un peso sempre più grave. Per sostenere questo peso essi sono costretti a riflettere (e la previdenza è uno dei principali elementi della idoneità) sulla convenienza di limitare la *propria* attività procreatrice. Gli idonei quindi prendono una parte relativamente più scarsa nella riproduzione della razza.

Perciò lavorando per la eliminazione degli incapaci si viene indirettamente a sollevare gli idonei di un gran peso, e si accresce la loro potenzialità meglio di quanto si potrebbe sperare con l'azione diretta

D'altra parte ancora più gravi sono i danni spirituali che la grande prevalenza degli incapaci infligge agli idonei, segnatamente nei paesi democratici, dove il fattore decisivo è rappresentato dalla quantità più che dalla qualità dei voti. E' alla miopia, alla incoscienza, all'egoismo, alla avidità ed all' isterismo della maggioranza incapace, che si devono in gran parte le sciagure umane di tutte le età, le guerre criminose, le paci talvolta ancora più criminose, e i disordini di ogni specie; in tutte queste sciagure è sugli individui idonei, che prima e più che su gli altri, ricadono le sofferenze.

Per altro le azioni illegittime degli incapaci vengono a rendere costantemente impossibili le legittime azioni degli idonei. Tutto l'immenso armamentario di leggi e regolamento, che appresta continuamente la società e nel quale si irretisce, è diretto unicamente a limitare le manifestazioni degli incapaci, ma in pari tempo limita anche l'attività ragionevole degli idonei.

Esempi al riguardo si constano ogni giorno nella vita comune. Ellis così riferisce di aver letto nei giornali che la contessa di Derby avendo osservato l'anno scorso che i castagni del suo parco erano carichi di frutti, decise di dividere il raccolto con i suoi vicini concedendo il permesso di cogliere le castagne. Ma ben presto ebbe a pentirsene: le sue piantagioni, le sue siepi vennero talmente danneggiate, che essa fu costretta a chiudere il parco e chiedere l'intervento della polizia. Gli incapaci non avevano compreso che il loro modo di agire egoistico e malvagio restringeva i loro stessi privilegi e gli altri dovettero soffrire per un male che non aveva commesso.

Per limitare la moltiplicazione e ottenere la progressiva riduzione degli elementi non idonei non v'ha metodo più pratico della sterilizzazione. Ellis al riguardo ritiene che non si debba fare appello alla coercizione legislativa, che può riuscire inutile o anche dannosa per gli scopi che si perseguono. Non si dovrebbe abbassare la sterilizzazione al livello di un castigo, nè imporla con la forza: dovrebbe piuttosto essere considerata come un alto privilegio l'autorizzazione a compiere per il bene della società e della razza, ciò che può sembrare un sacrificio, sebbene sia un sacrificio con molto compenso. (Così facendo si può correre il rischio di un'eugenica a rovescio: è più facile che si sottopongano alla sterilizzazione individui con maggior senso di responsabilità, ossia i migliori. Anche senza sterilizzazione attualmente procreano di meno quelli che potrebbero procreare ed educare meglio. *N. d. R.*).

Premesso che non è compito dell'eugenica migliorare l'ambiente, Ellis si domanda se eliminate le competizioni di razza, l'eugenica positiva e l'eugenica imposta per legge resti qualche cosa del programma e degli scopi dell'eugenica. Egli risponde che resta tanto da richiedere secoli per essere condotto a termine.

Il compito essenziale dell'eugenica è quello di influire su l'opinione pubblica. Questo è già un compito inesauribile perchè l'opinione per essere efficace deve radicarsi talmente da confondersi con l'istinto e divenire in tal modo una guida all'azione.

E' evidente che lo sviluppo della opinione pubblica non può essere sufficiente, neppure se giunge a foggiare una coscienza profonda ed operante istintivamente. Per trattare i vari problemi che sorgono, occorre intelligenza e sapere. Certamente un grado più elevato di intelligenza è un privilegio che possiamo sperare realizzabile mediante l'eugenica; il sapere non si può sviluppare e diffondere che largamente.

Un fatto ben ponderato e che può dirsi indiscutibile si è che nel mondo moderno l'eugenica non può sussistere senza limitazione delle nascite.

La limitazione delle nascite è l'unico mezzo concesso agli uomini civili per trarre dalle infinite possibilità della procreazione brutale la grande razza dell'avvenire.

dr.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

I medici ferroviari e la Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali.

Caro « Policlinico »,

La Federazione dell'Ordine dei Medici ha recentemente protestato contro la disposizione, contenuta nella Circolare 1° giugno, n. 39, della Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, che designa sanitari fiduciarii dell'Istituto i medici militari di grado non inferiore a capitano, i medici della Cassa Nazionale Infortuni, e quelli delle Cliniche specializzate di Milano e Napoli.

Non voglio pronunziarmi in merito alla protesta dell'ente preposto alla tutela dei diritti della gran massa dei medici italiani; mi limito a discutere il provvedimento nei rapporti degli interessi morali e materiali dei medici ferroviari, spinto ad alzare il dito... della protesta dal silenzio finora tenuto nel nostro campo sulla ingiusta esclusione. Una sola voce, ed autorevolissima, ho udito in nostra difesa: quella dell'illustre prof. Borri che nel numero ultimo (8) della *Rassegna di Previdenza Sociale* proclamò essere i medici ferroviari « corpo di veri specializzati, ogni dì di fronte ai quesiti della inabilità e della invalidità, analizzabili nelle persone della più diversa età e condizione ».

I nostri titoli... di nobiltà non potrebbero avere una presentazione migliore, nè garanzia di persona più competente ed autorevole: dobbiamo, pertanto, essere grati al Borri che, conoscitore dei medici ferroviari e delle mansioni da essi esplicate, ha voluto ricordarci con un giudizio così lusinghiero. Mi sia permesso ringraziarlo a nome di tutti i colleghi.

Io, interessato in causa, non oso aggiungere parola per dimostrare la nostra capacità scientifica e morale a disimpegnare le mansioni richieste ai fiduciari delle Assicurazioni sociali; non posso, però, astenermi dall'affermare (senza l'intenzione di recare minimamente offesa agli egregi colleghi prescelti) che noi forse formiamo l'unico corpo medico che, non soltanto nel campo astratto dottrinale, ma in quello concreto dell'applicazione pratica della legge, da anni si occupi (con competenza.... l'ha detto il Borri!) di problemi medico-sociali identici a quelli che dovranno risolvere i sanitari del su lodato Istituto. Nessuno ignora che da parecchi lustri funzionano a favore degli agenti ferroviari quelle provvidenze assicurative che lo Stato ha ora reso obbligatorie per tutti i lavoratori.

Non potendo ammettere che la Cassa Assicurazioni non abbia riconosciuto la nostra competenza, non posso pensare che ad una involontaria omissione, invece che ad una esclusione. Parrà forse strano che Istituti statali ignorino l'esistenza d'un organismo pure statale quale il corpo medico ferroviario; qualche precedente autorizza a far ritenere probabile la mia ipotesi.

È di pochi mesi il decreto che chiamò a far parte della Commissione Centrale per il casellario degli infortunati presso il Ministero del Lavoro un rappresentante della Cassa Nazionale Infortuni ed uno eletto dagli Istituti privati d'assicurazione; fu dimenticato il più grande e più vecchio ente assicurativo statale: le Ferrovie dello Stato coi suoi 200 e più mila agenti!

In occasione di studi preparatori e di pareri a riforme delle leggi e regolamenti sugli infortuni, le Ferrovie e il suo Servizio Sanitario furono sempre ignorati; noi, poveri incompetenti, potemmo aver visione delle proposte, e suggerire critiche e modificazioni, a mezzo di enti e di persone estranee alla nostra Amministrazione. E pure qualche esperienza in materia, qualche proposta da suggerire potevano averla anche i medici e gli avvocati ferroviari!

Ma, è da domandarsi, l'ignoranza della nostra esistenza è da attribuirsi a colpa del Ministero del Lavoro e della Cassa delle Assicurazioni sociali, o non piuttosto dell'Amministrazione di cui facciamo parte, che forse ci lascia ignorare? Sarebbe difficile la risposta.

Quel che io deploro è che nella tutela dei nostri interessi manchi un'azione *nostra sindacale*, per dirla con parola d'attualità, l'unica su la quale possiamo fare assegnamento: e questa è proprio colpa nostra! Io ricordo che qualche anno fa, quando pareva che uno spirito di solidarietà di classe aleggiasse fra noi, e gli interessi collettivi prevalessero sulle quisquilie personali, qualche passo si fece a tutela dei nostri diritti. Si cominciava allora a parlare di Assicurazioni sociali globali: una commissione di tre colleghi presentò al Sotto Segretario del Lavoro (era allora il Ruini) un memoriale che illustrava i nostri titoli e diritti di preferenza. Dopo, e proprio nel momento in cui sarebbe stato necessario agire, quando cioè le leggi, promulgate, si cominciarono

ad applicare, abbiamo taciuto, e taciamo. Taceremo ancora?

Roma, 20 settembre 1922.

Prof. S. DIEZ.

Conveniamo pienamente con le considerazioni esposte dall'egregio collega ed auguriamo che, anche nell'interesse dell'Istituto assicurativo, sia provveduto a riparare l'ingiusta omissione.

Cronaca del movimento professionale.

Motivi di annullamento delle elezioni degli Ordini.

Nella riunione generale del Consiglio Superiore di Sanità del mese di giugno u. s. furono discussi vari ricorsi contro la validità delle elezioni dei Consigli amministrativi di alcuni Ordini dei sanitari.

Furono accolti i ricorsi (e quindi annullate le elezioni) degli Ordini dei medici di Roma e di Potenza, dell'Ordine dei Veterinari di Ascoli Piceno, dell'Ordine dei Farmacisti di Treviso e di Siena.

Furono invece respinti i ricorsi e dichiarate valide le elezioni dell'Ordine dei medici di Ravenna e dell'Ordine dei farmacisti di Caserta.

Dalle relazioni e dalle discussioni che si sono fatte in merito a questi ricorsi è risultato questo: che vi sono infrazioni alla procedura che sono di natura più formale che sostanziale e che però non possono dar luogo al grave provvedimento dell'annullamento della elezione Altre invece sono di natura sostanziale e rendono nulle le elezioni.

Ad esempio: le buste spedite senza il timbro dell'Ordine; il timbro a secco posto sulla busta in modo che il segno del timbro resti impresso sulla scheda inclusa, mentre alle altre buste si è applicato il timbro a umido; sì che è da ritenersi che le prime possano servire come segno di riconoscimento; il mancato invio delle lettere di invito entro i 15 giorni fissati dalla legge; le lettere inviate aperte come circolari e senza raccomandazione; le lettere inviate a mano anzichè per posta raccomandata: la mancanza degli appelli nominali; una insufficiente compilazione del verbale delle elezioni da cui non appaia l'andamento delle operazioni elettorali e la costituzione dell'ufficio elettorale; il sanitario che per delega vota per un altro: sono altrettanti motivi sostanziali per la nullità delle elezioni.

Così è motivo sostanziale di nullità delle elezioni il tenere l'adunanza generale in un Comune diverso da quello ove ha sede legale l'Ordine dei sanitari e il non provvedere alla convocazione del ballottaggio nei termini fissati dall'art. 17 del Regolamento.

Non sono ritenuti motivi sostanziali di nullità, ad esempio: le schede giunte entro i 4 giorni precedenti quello delle elezioni e ritenute valide; le schede che non portano il suggello di ceralacca, ciò non essendo specificatamente detto nel regolamento; la mancata comunicazione dei nomi degli amministratori scaduti nella lettera di invito alle elezioni.

(Da *Lotte Sanitarie*, 15 sett.).

Per la famiglia di un collega.

Il dott. Bedeschi di Ancona ci invia una lettera della Signora di un collega morto per ragioni di servizio, alla quale è stata liquidata la pensione privilegiata di lire *sessantotto* mensili. Questa lauta somma dovrebbe servire al sostentamento della povera vedova e di quattro figliuoli.

Il dott. Bedeschi propone che sia aperta una sottoscrizione a favore della famiglia del compianto collega morto per l'adempimento del dovere ed offre per proprio conto cento lire.

Facciamo presente il caso, veramente meritevole di considerazione, alla Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici, al quale il dott. Bedeschi potrà rivolgersi.

L'Amministrazione del «Policlinico» s'impegna di versare a sottoscrizione aperta cento lire.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9634) *Licenziamento del medico in prova.* — Dott. abbonato n. 8649. — L'amministrazione comunale può sempre procedere al licenziamento del proprio condottato, fino a quando non sia trascorso il termine all'uopo fissato dalla legge sanitaria pel compimento virtuale del biennio di prova. Ciò non ostante che abbia ricevuto il medico stesso, lusinghieri attestati di servizio da una precedente amministrazione. Pel licenziamento del medico in prova non occorre motivazione. Volendolo motivare, basta che sia nel deliberato accennato a *cattiva prova* e non ad altro, giacchè non deve il deliberato di licenziamento arrecare eventuale possibile danno professionale al sanitario interessato.

(9636) *Infortunii sul lavoro.* — Dott. E. M. da P — Il primo certificato è pagato dalla impresa dei lavori, quelli di continuazione di malattia e quello finale, sono a carico dell'Istituto assicuratore, tranne che l'infortunato non abbia diritto a una cura gratuita nel qual caso sono rilasciati gratuitamente quelli di continuazione di malattia. Se l'infortunato è inscritto nello elenco dei poveri la cura della infermità è fatta gratuitamente dal medico condotto; se non è inscritto, deve pagare l'assistenza sanitaria o lui direttamente o la famiglia.

(9638) *Tariffa giudiziaria.* — Dott. G. S. da C. di S. — L'art. 20 della tariffa giudiziaria deve essere interpretato così: al medico compete il compenso di lire 10, per ogni visita e per ogni relazione, ed anche per la prima medicazione, se fosse ritenuta necessaria. Insomma le lire 10 competono per ognuna delle operazioni che sono elencate in detto articolo, che egli sia eventualmente obbligato a compiere.

(9639) *Dimissioni da medico condotto.* — Dott. R. P. da F. — Le dimissioni date ben potevano essere accettate dal Consiglio comunale, con votazione segreta e con l'intervento di metà più uno dei consiglieri assegnati al Comune. Essendosi Ella dimessa, non ha alcun diritto da far valere presso il Comune per indennizzo od altro. Fino a quando le dimissioni non saranno accettate dal Consiglio comunale, Ella può sempre ritirarle.

(9640) *Caro viveri - Stipendio.* — Dott. V. C. di A. — Le spetta il caro-viveri dal 1° gennaio 1919. Se il Comune ha concessa la 2ª indennità caro-viveri ai proprii medici, Ella può ottenerla. Caso contrario ricorra alla G. P. A. Lo stipendio deve essere quello fissato per tutta la provincia per l'ufficiale sanitario.

(9641) *Pensione di riversibilità.* — Dott. C. P. da A. — La vedova deve, a mezzo del Sindaco, inviare motivata domanda di pensione all'ufficio sanitario della provincia, nella cui giurisdizione è compreso il Comune ove risiede.

(9642) *Medico di bordo.* — Dott. L. C. da S. L. M. — Per essere ammesso come medico di bordo su transatlantici, occorre essere autorizzato dal Ministero dello Interno a seguito di analogo esame di idoneità. Ora non ne è bandito alcuno. Non vi è corso speciale. Gli esami di idoneità si tengono a Roma e consistono in una prova scritta, una prova pratica ed una prova orale, secondo speciale programma.

(9643) *Stabilità.* — Dott. G. M. G. da V. — Qualunque sia il numero dei poveri affidati alla cura del medico e qualunque sia il numero delle condotte che egli esercita, non si abbrevia mai la durata del periodo di prova, che permane sempre di due anni.

(9644) *Concorsi - Mutilati.* — Dott. T. M. da M. P. S. — Non perchè un medico è mutilato di guerra ha diritto alla nomina a medico condotto senza concorso. La preferenza da accordarsi a mutilati nelle nomine a pubblici impieghi, è subordinata alla dichiarazione di idoneità.

(9645) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da L. dei M. — La clausola: *senza diritto ad altre indennità,* apposta nell'atto di nomina di fronte ad uno stipendio di lire 600 mensili *a fortiore* si intende ripetuta allorchè, successivamente, lo stipendio fu portato a lire 700 mensili. Non si ha diritto a *caro-viveri* quando esso è stato, per convenzione delle parti, incluso nello stipendio. Gli altri impiegati cui fu concesso il primo ed il secondo caro-viveri non si trovano, forse, nella condizione identica alla sua.

(9647) *Caro-viveri.* — Dott. G. P. da S. E. F. — Quanto ha detto il Prefetto non trova fondamento, giacchè la lagge, in materia di caro-viveri, non fà distinzione fra impiegati, che osservano un orario ed impiegati che hanno orario libero. A Lei, pertanto, compete il caro-viveri nella misura primitiva, tranne, forse, pel secondo caro-viveri perchè, essendo spesa facoltativa, può sempre essere revocata. Qualora il Comune insista nel negarle la corrisponsione del primo caro-viveri, può adire l'ordinaria autorità giudiziaria in forza del Decreto Luogotenenziale del 9 marzo 1919, n. 338.

(9648) *Elenco dei poveri - Criterii.* — Dott. A. A. da B. — La persona da Lei indicata nel quesito deve pagare l'assistenza sanitaria sino a quando non sarà riveduto l'elenco dei poveri, ove la sua famiglia potrà essere compresa. I criterii che debbono servire di guida alla redazione dell'elenco dei poveri sono dati dalla Giunta Municipale, col concorso dei principii di massima eventualmente contenuti nel capitolato-tipo della Provincia. Essi sono insindacabili. Al medico, che è sottoposto a grave lavoro per l'estensione troppo larga dell'elenco, è data facoltà ricorrere alla G. P. A. per aumento di ufficio dello stipendio, ai termini dell'art. 26 della legge. I supplenti medici condotti hanno gli stessi diritti dei titolari.

(9649) *Caro-viveri.* — Dott. S. P. da A. — Per il secondo caro-viveri ha diritto a due quote suppletive, cioè, una per la moglie e l'altra pel figlio minore, in base al R. Decreto del 3 giugno 1920, n. 737. Tutto ciò può chiedere sempre che il secondo caro-viveri sia stato concesso dall'Amministrazione.

(9650) *Stabilità.* — Dott. M. G. da R. — Il Comune non può licenziarla dopo il 18 aprile 1923, in quanto che il periodo interinale si cumula in quello di prova per un medico che ha sostenuto regolare concorso. Se dopo quell'epoca fosse licenziata per compimento di biennio, deve produrre ricorso alla IV Sezione del Consiglio di Stato in sede contenziosa.

(9651) *Pensioni.* — Dott. R. P. da V. — La nuova legge sulle pensioni non è ancora in vigore. Con 67 anni di età e 34 di servizio liquiderà l'annua pensione di lire 5983.80. Con i sei anni di studii universitarii e, cioè, con 73 anni di età e 40 di servizio, liquiderebbe, invece, la somma di lire 7200. A lire 12.000 i medici attualmente in servizio non arrivano mai.

(9652) *Pensioni.* — Dott. A. G. U. da V. — L'articolo 42 del testo unico attuale, che permette la inscrizione alla Cassa di previdenza dei medici anziani, è soppresso nel testo della nuova legge sulle pensioni.

Secondo tale articolo ai medici che si trovavano in servizio alla entrata in vigore della legge, è concesso il riconoscimento di 15 anni di servizio, pagando un premio di riscatto in dieci anni di lire 4 o 5 mila. Occorre rimanere inscritto alla Cassa almeno un decennio, tranne che non si sia superata l'età di anni 60 e si abbiano oltre 25 anni di servizio, nel qual caso basterà rimanere iscritto alla Cassa per un solo quinquennio. Questo articolo Ella potrebe invocare, ma prima che entri in vigore la nuova legge che, come si è detto, lo soppríme. Gli anni di studio universitario ed il servizio militare può essere riscattato, sol quando entrerà in vigore la legge nuova. Questi servizii sono considerati come utili ai fini del trattamento di riposo.

(9653) *Infortunii industriali ed agricoli.* — Dott. C. B. da N. — Le nuove tariffe per infortunii in-

dustriali ed agricoli furono stabilite rispettivamente con i Regi Decreti del 2 ottobre 1921, n. 1366 e 2 ottobre 1921, n. 1367, entrambi pubblicati nel n. 244 dell'anno 1921 della *Gazzetta Ufficiale*.

(9654) *Esercizio della farmacia*. — Dott. X. Y. Z. da B. C. — Secondo l'art. 290 della vigente legge comunale i consiglieri si debbono astenere dal prender parte direttamente od *indirettamente* in servizii, esazioni di diritti, *somministranze* ad appalti nell'interesse del Comune. Per il medico indicato nel quesito vi è, quindi, incompatibilità, che porta la decadenza dalla carica, nel caso che intenda persistere nella ingerenza della farmacia, che somministra medicinali ai poveri e ciò ai sensi dell'art. 287 della citata legge. La pronunzia della decadenza è fatta con le forme tracciate dall'art. 160 del regolamento in vigore per la esecuzione della legge comunale.

(9655) *Esattoria e condotta medica*. — Dott. F. B. da C. — Ai termini dell'art. 14 della recente legge sulle riscossioni approvata in data 13 agosto ultimo il medico condotto può essere titolare di una esattoria.

(9656) *Pensioni*. — Dott. A. F. da C. — Gli anni di università e gli interinati si potranno riscattare quando andrà in vigore la nuova legge, che non è stata ancora approvata dal Senato. Se il Sindaco lo ha invitato a pagare i contributi arretrati dal 1° luglio 1915 al 30 giugno 1920 vuol dire che ha aggiustato con la Cassa di previdenza il fatto dello smarrimento della dichiarazione. Il servizio militare fatto, come nel caso, con interruzione di carriera, è calcolato come utile agli effetti della pensione. Con la nuova legge con 27 anni di servizio e 52 di età liquiderebbe la pensione annua di lire 2190. Durante l'aspettativa per salute deve pagare il contributo perchè il tempo passato in tale posizione giuridica è computato per intero agli effetti della pensione.

(9657) *Infortunii sul lavoro*. — Dott. T. G. da O. — Le tariffe pei certificati da rilasciarsi per gli infortunii sul lavoro furono modificate recentemente. Quelle per gli infortuni industriali con R. Decreto del 2 ottobre 1921, n. 1366 e quelle per gli infortunii agricoli con R. Decreto del 2 ottobre stesso anno, n. 1367. Doctor JUSTITIA.

Esami a medici di bordo. — Al dott. F. Sani, da Idro Valsassia:

Il migliore trattato attuale in fatto di malattie esotiche e tropicali è il *Castellani* e *Chalmers*, che è edito in inglese e in francese. Buoni sono anche il *Manson* ed il *Mense* tradotti entrambi in italiano, ma sono un po' antiquati.

Gli esami per medico di bordo si ritiene che vi saranno nell'anno venturo. M. C.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 3341:

Se la infermità è stata legalmente riconosciuta dipendente da causa di servizio, Ella ha diritto alla corresponsione di tutti gli assegni, compresa l'indennità professionale. M. G.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

La profilassi della rabbia.

Essendosi dovuta lamentare, in questi ultimi tempi, una maggiore frequenza nei casi di rabbia canina, con conseguente ripercussione nel numero delle persone morsicate, il Sottosegretario di Stato per l'Interno, on. Fumarola, ha richiamato sulla importante questione l'attenzione dei Prefetti del Regno, affinchè sollecitino dalle Autorità comunali la rigorosa applicazione dei necessari provvedimenti sanitari.

La circolare rileva che il provvedimento fondamentale per un'efficace profilassi risiede sempre nella cattura dei cani che circolino non tenuti al guinzaglio, sprovvisti di adatta museruola. E pertanto le Autorità comunali dovranno provvedere ad intensificare il servizio per l'accalappiamento dei cani, affinchè funzioni efficacemente.

La circolare contiene inoltre istruzioni sul modo di comportarsi verso i cani che abbiano morsicato delle persone, allo scopo di stabilire, nel più breve tempo, se queste abbiano o pur no bisogno di intraprendere la cura antirabbica e consiglia, in più, di prolungare fino a 6 mesi il periodo di osservazione dei cani sospetti di essere stati contagiati dal virus della rabbia.

Inoltre con una seconda circolare lo stesso Sottosegretario di Stato per l'Interno, nell'intento di avere dati completi e precisi sul complesso e delicato servizio della profilassi e cura della rabbia e per avvisare ad attuali provvedimenti integrativi di quelli ora in vigore, ha inviato ai Prefetti un questionario col quale si chiedono notizie sul funzionamento degli istituti antirabbici.

Pei congedati malarici.

Continuamo l'elenco dei sanitari cui il Sottosegretariato di Stato per l'Assistenza Militare e le Pensioni di Guerra — Servizio Assistenza — ha concesso delle sovvenzioni a titolo di compenso per l'opera d'assistenza prestata a favore dei congedati malarici nel 1921, riservandosi di provvedere a mano a mano che giungeranno i rapporti dei rispettivi Comitati provinciali:

Provincia di *Reggio Emilia*: Dottore: Giulio Cesare Ferrari, Reggio Emilia.

Provincia di *Foggia*: Dottori: La Selva Luigi, San Marco in Lamis — Colucci Vincenzo, Cerignola — Palmieri Giustino, Casalnuovo Monterotaro — Muscettola Antonio, Monte Sant'Angelo — Borgia Giuseppe, Manfredonia — Nazzaro Giuseppe, Deliceto — Pepe Matteo, Ischitella — De Filippis Alfonso, Apricena — Donatacci Salvatore, Cagnano Varano — Del Monte Michele, Cagnano Varano — D'Anzeo Attilio, San Severo — De Luca Alessandro, Serracapriola — D'Addetta Giuseppe, Carpino — Spagnuolo Saverio, Manfredonia — Sacchitelli Giuseppe, San Ferdinando Puglia — Rizzi Michele, Trinitapoli — Campanaro Giuseppe, Castelluccio Valmaggiore — Trombetta Giuseppe, San Marco la Catola — Querques Orazio, Alberona — Donatelli Nicola, Ascoli Satriano — De Benedictis Giuseppe, Ascoli Satriano — Di Cosmo Salvatore, Celenza Valfortore — Pistacchio Domenico, Chienti — Del Prete Michele, Foggia — De Mita Diego, Foggia — De Matteis Pietro, Motta Montecorvino — Recchia

Alfonso, Pietra Montecorvino — Mele Pasquale, Sant'Agata Puglia — Resse Felice, Stornarella — Maitilasso F. Antonio, Troia.

Provincia di *Mantova*: Dottori: Soliani Giovanni, Mantova — Vivenza Franklin, Mantova — Salvetat Cesare, Asola — Celli Gaetano, Pegognaga — Consigli Beniamino, Castelluccio — Gardini Lodovico, Suzzara — Laurora Enrico, Monzambano — Rabitti Augusto, Curtatone — Tonolli Vittorio, Marcaria — Pasquale Marino, Canneto Oglio — Pertazzoni Armando, Goito — Crisafulli Antonino, Volta Mantovana — Galusi Luigi, Acquanegra — Gangito Enrico, Raimondo — Genovesi Rodolfo, Bagnolo San Vito — Brazzabeni Giuseppe, Guidozzolo — Nanni Gustavo, Medole — Brancolini Ermanno, Castelbelforte — Calabria G. Francesco, Rodigo — Cavandoli Stanislao, Sabbioneta — Donelli Giuseppe, Villimpente — Fanti Umberto, Roncoferraro — Nuvolari Angelo, Casteldario — Paghera Angelo, Sustinente — Visentini Giuseppe, Porto Mantovano.

Provincia di *Reggio Calabria*: Dottori: Quintavalle Tommaso, Caulonia — Pisani Nicola, Monasterace — Capua Giuseppe, Reggio Calabria — Landolfo Giovanni, Bruzzano Zeffirio — La Rosa Fortunato, Canolo — Carnà Leonardo, Camini — Sergi Antonio, Palizzi Marina — Salerno Francesco, Stilo — Attinà Bruno, Condofuri — Tommasini Vincenzo, Pellaro — Macrì Pietro, Scilla — Iemma Pasquale, Polistena — Santoro Domenico, Bovalino — Fimognari Beniamino, Gerace Superiore — Scopelliti Antonio, Palizzi Superiore — Argirò Giovanni, Cinquefrondi — Iacopo Bruno, Iatrinoli — Correale Filippo, San Giorgio Morgeto — D'Elia Nicola, Seminara — Stipo Giuseppe, Caraffa — Zuccalà Bruno, San Lorenzo — Malgeri Bruno, Crotteria — Spina Giuseppe, Mammola — Murdaca Filippo, Sant'Ilario Jonico — Pentimalli Luigi, Bagnara — Bucarelli Filippo, Bova Marina — Viola Giuseppe, Bova Superiore — Mafrici Pietro, Gallina — Lacava Francesco, Motta San Giovanni — Giampaolo Rocco, Cosoleto — Montalto Giuseppe, Laureana di Borello — Cavallaro Alfredo, Maropati — Genova Carmelo, Melicuccà — Paparelli Antonio, Rosarno — Capoferro Giuseppe, Sant'Eufemia — Repace Costantino, Sinopoli — Palla Luigi, Antonimina — Zappavigna Carlo, Ardore — Palmisano Pasquale, Benestare — Polito Antonio, Bianconovo — Pisani Ferdinando, Bivongi — Mesiti Tito, Pazzano — Fera Giuseppe, San Luca — Passalia Vincenzo, Stignano.

Provincia di *Catanzaro*: Dottori: Leonardo Raimondi, Cotrone — Luigi Rosa, Roccabernarda — Ricciotti Frontera, Cutro — Giuseppe Annetta, Cirò — Luigi Squillacioti, Guardavalle — Nino Fiumaccò, San Mauro Marchesato — Luigi Stella, Sambiase — Antonio Catolano, San Pietro a Maide — Enrico Perri, Strongoli — Francesco Cocozza, Gizzeria — Antonio Tropeano, Badolato — Nicola Zumpano, Casabona — Vittorio Colosimo, Catanzaro — Gerardo Vaccaro, Melissa — Domenico Ortona, Monteleone — Pasquale Vacatello, Pizzo — Ercole Poerio Piterà, Sellia Marina — Giuseppe Donato, Cimigliano — Emmanuele Santilli, San Nicola Alto — Gioacchino Passafaro, Borgia — Vincenzo Martelli, Chiaravalle — Filippo Buffone, Filadelfia — Vincenzo Siriani, Marceduna — Francesco Lombardi, Mileto — Domenico Pisani Molè, Monterosso — Pasquale Renda, Nicastro — Raffaele Badolato, Santa Caterina — Vincenzo Ambrosio, Caccuri — Francesco Donato, Feroleto Antico — Vincenzo Cinque, Maida — Vincenzo Filio, Pizzoni — Bruno Parisi, Sant'Andrea Apostolo — Pasquale Zaccone, San Gregorio Inferiore — Vito De Luca, San Vito Jonio — Pasquale Cortese, Simeri e Grichi — Francesco Luciano, Vazzano — Benigno Trapasso, Amato — Nasticò Giovanni, Cardinale — Pasquale Tassone, Carfizzi — Santo Covelli, Cotronei — Sebastiano Serrao, Curinga — Raffaele Costa, Fabrizia — Gregorio Pisano, Gasperina — Alfonso Latessa, Nicotera — Francesco Ferrari, Rombiolo — Vincenzo Gallizzi, San Calogero — Tommaso Trombi, San Nicola — Bruno Tozzi, Serra San Bruno — Carlo Perr', Serrestretta — Filippo Rainieri, Soriano — Francesco Muraca, Andali — Giuseppe Casascelli, Briatico — Antonio Peta, Caraffa — Carlo Mancusi, Carlopoli — Giuseppe Sirianni, Casino — Francesco Tallarico, Cicala — Cesare Mastroianni, Conflenti — Giovanni Ruggero, Cropani — Gaspare Lamanna, Crupoli — Francesco De Barberis, Davoli — Vincenzo Servelli, Francavilla — Domenico Cirillo, Cagliato — Gennaro Marra, Gerifalco — Michele Serratore, Jacurso — Carlo Taccone, Jonadi — Salvatore D'Agostino, Joppolo — Giuseppe Sgrò, Isca — Giuseppe Gambarotta, Maierato — Giuseppe Mammone, Mongiana — Antonio Di Florio, Montauro — Michele De Luca, Barghelia — Antonio De Lorenzo, Pentone — Giovambattista Castagnino, Petilia Policastro — Pietro Paolo Rizzuto, Petronà — Ferdinando Giancotti, Piscopio — Raffaele Perri, Platania — Vincenzo Colacino, Poia — Francesco Gallo, Rocca di Neto — Francesco Lombardi, San Constantino — Costantino Cugliari, Sant'Onofrio — Francesco Cancelliere, Santa Severina — Giovanni Calateria, Satriano — Gaetano Susanna, Savelli — Tallarico Salvatore, Sersale — Raffaele Singlitico, Settingiano — Domenico Romano, Simbario — Giuseppe Filia, Sorianello — Luigi Cimino, Soveria Mannelli — Francesco Miceli di Antonio, Spilinga — Agazio Maida, Squillace — Francesco Miceli, Toriolo — Pietro Lojacono, Vallefiorita — Roberto Dalati, Vallelonga.

Provincia di *Torino*: Dottori: Testera Edoardo, Torino — Einandi Costanzo, Torino — Scarumuzza Giacomo, Carmagnola — Nicola G. B., Villafranca — Busso Giuseppe, Villafranca — Maresca Luigi, Pinerolo — Rodolfo G. B., Carignano.

Provincia di *Pavia*: Dottori: Servetti Giuseppe, Voghera — Perini Arrigo, Pavia — Sacchi Mario, Vigevano — Corregiari Clemente, Mede — Ottini Giovanni, Magherno — Siro Albani, Villanterio — Barbieri Giovanni, Bressana — Merlo Giuseppe, Casatisma — Anselmi Beniamino, Bastida Pancarana — Secondi Gaetano, Casorato Primo — Ferrante Paolo, Garlasco — Gibelli Giovanni, Inverno — Lavezzi Orazio, Pinerolo — Busnengo Emilio, Vidigulfo — Masserini Emilio, Mirabello.

Provincia di *Ascoli Piceno*: Dottori: Maione Pasquale, Ascoli Piceno — Tavani Giuseppe, Fermo — Cardarelli Nazzareno, Montegiorgio — Barbieri Tommaso, Massa Fermana — Barbieri Giovanni, Montemonaco — Ubaldi Amedeo, Offida — Cipriani Cipriano, Ripatransone — Micheli Giovanni, San Benedetto del Tronto — Selli Ferdinando, Sant'Elpidio a Mare — Bracchetti Antonio, Acquasanta Tronto — Narcisi Ettore, Acquaviva Picena — Del Duca Alessandro, Cottignano — Carboni Raffaele, Grottazzolina — Pagani Ludovico, Ascoli Piceno — Ambrosi Bernardo, Ascoli Piceno — Zannoni Tiberio, Ascoli Piceno — Castelli Rodolfo, Castignano — Vallerani Valerio, Massignano — Morelli Luca, Montedinova — Passamonti Michele, Montefiore dell'Aso — Possenti Sante, Montegranaro — Costantini Giuseppe, Spinetoli.

Provincia di *Bologna*: Dottori: Bellei Giuseppe, Bologna — Simoncini Umberto, Sant'Agata Bolognese — Bianchi cav. uff. Gino, Castel San Pietro — Fanelli Enrico, Loiano — Ungarelli Gaetano, Minerbio — Verardini Vincenzo, Zola Predosa — Berti Ceroni Giulio, Casal Fiumanese — Bolognesi Carlo, Bentivoglio — Visani Umberto, Loiano — Sabattani Paolo, Tossignano — Dalmastri Arturo, Marzabotto — Bordon Giuseppe, Anzola dell'Emilia.

Provincia di *Lucca*: Dottori: Francalanci Edoardo, Massarosa — Chiappina Amorino, Massarosa — Barsottelli Adelmo, Camaiore — Marescot-

ti Arturo, Monsummano — Dinelli Alberto, Stazzema — Pini Mario, Viareggio — Pilli Giuseppe, Buggiano — Andreotti Alberto, Pietrasanta — Lucchesi Italo, Bagni di Lucca — Parenti Giovanni, Montecatini.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Boccolo dei Tassi (*Piacenza*). — L. 6500 stip. resid., L. 3000 stip. addizion. fino a 1000 pov., lire 3000 cav., L. 1500 c.-v. cav., L. 1200 c.-v., L. 300 uff. san., 5 quadr. dec. Servizio entro 15 giorni. Scadenza 10 ottobre.

Caprino Veronese (*Verona*). — Scad. 10 ottobre. Per Pesina, L. 7000, due c.-v., L. 1000 bicicletta.

Cascia (*Perugia*). — Consor.; L. 5000 (*sic*) e 3 quinq. decimo, due c.-v., indenn. cav. e assistenza zooiatr. da stabilire. Scad. ore 18 del 15 ottobre. Serv. entro 20 giorni.

Caserta. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

Cerignate (*Pavia*). — Consor. Scad. 20 ottobre. L. 6500, addizion. L. 1000 pei primi 1000 pov., lire 3000 cavalc.

Firenze. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Titoli ed esami. L. 9000 e 8 trienni decimo; indennità temporanee di c.-v. e di missione. Esclusione da incarichi retrib. e dall'esercizio profession. Ab. 60.000 di cui 21.900 nel centro capoluogo. Scad. 31 ottobre.

Follina (*Treviso*). — Scadenza 17 ott. L. 6500, due c.-v., oltre a L. 2500 per cavallo od automezzo, casa ed orto pel fitto di L. 750 annue. Schiarimenti Municipio.

Grottammare (*Ascoli Piceno*). — Due cond.; a tutto il 15 ott. Età lim. 40 al 10 sett. Iscrizione in un albo. L. 6500 e 5 quadrienni dec.; doppio c.-v. Al sanitario che avrà titoli prevalentem. chirurgici direz. Osped.; compenso di L. 500. Per assistenza ai non facoltosi L. 3500. Trasp. a carico del comune. Ab. 5000; staz. balneare.

Lubriano (*Roma*). — Proroga al 5 ott., ferme restando le altre condizioni.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

Monte Urano (*Ascoli Piceno*). — A tutto 10 ott.; L. 5500 residenziali e L. 1000 fino a 1000 pov.; L. 2.50 addizion.; L. 3000 cavallo; 5 bienni ventesimo; doppio c.-v.; L. 4500 pei non facoltosi. Iscrizione in un Albo. Abit. 3119.

Montelparo (*Ascoli Piceno*). — Scad. 10 ottobre. Unica cond. residenz.; L. 11,000 oltre L. 1200 per prima indenn. c.-v., L. 3000 cavalc., abitazione vuota gratuita.

Piani (*Porto Maurizio*). — Consor. Scad. 10 ott. L. 5832 compresa indenn. uff. san. e 5 quadr. per 850 pov., addiz. L. 3. Età 45. Iscrizione albo.

Porano (*Perugia*). — Scad. 30 ott. L. 6000 per 1000 pov., L. 1000 di resid. povera se abbienti meno di 300, L. 1000 trasporto in campagna, L. 200 uff. san. e arm. farm., tre quinq. decimo.

Porto S. Giorgio (*Ascoli Piceno*). — Al 10 ott.; cond. preval. chirurgica; L. 6500 resid. e cura pov., L. 4500 semi-abb., L. 2000 servizi chirurgici, 2 c.-v., aumenti periodici; 6040 ab., p. 773. Inscrizione in un albo.

Raccolana (*Udine*). — Scad. 31 ott. L. 6000 e tre quinq. decimo, doppio c.-v., L. 2000 ovv. L. 1000 quale mezzo trasp., L. 500 se uff. san.

Roma. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

Ruviano (*Caserta*). — Età limite 40. L. 6000 oltre L. 1800 cavalc. e L. 200 uff. san. Chiedere annunzio.

S. Bellino (*Rovigo*). — Scad. 10 ott. L. 6000, per 1000 pov. aumento 20 %, L. 100 ogni gruppo 50 pov. in più, L. 400 se uff. san., 5 quadrienni, L. 2500 mezzo trasp., età lim. 45, stato famiglia. Ab. 1980 di cui 1000 aggruppati, 150 pov.

Sanremo (*Genova*). *Miramare Palace*. — Direttore del Gabinetto Radiologico e dello Stabilimento Idroelettroterapico. Direttore del Laboratorio di Biologia Applicata. Per informazioni e condizioni rivolgersi al Direttore dei Servizi Sanitari annessi al « Miramare Palace », dott. T. Fischetti, S. Remo.

S. Anatolia di Narco (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

Sassocorvaro (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 7 ottobre. Due cond. resid., L. 7000 oltre L. 3000 cav., L. 1000 disag. resid., c.v. Al direttore Ospedale L. 1000; all'uff. san. L. 400.

Spello (*Perugia*). — Scad. 30 ott.; per i pov. di Mirabello L. 6500 (in corso aum. a 7400), doppio c.-v., L. 2500 cav. (in corso aum. a 4000).

Torino. *Ospedale infantile Regina Margherita*. — Primario di chirurgia, assistente di medicina e radiologo; vedi fasc. 35. Scadenza 31 ottobre.

Diffide.

Nuove diffide: Montevarchi (Arezzo).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Teresio Boidi, da S. Michele (Messina), è stato fregiato della medaglia di bronzo per i benemeriti della salute pubblica per il servizio prestato durante la epidemia influenzale 1918-19 quale ufficiale medico, in servizio civile nei Comuni di Montalbano di Elicona e Leni.

Il dott. Carlo Bruni, ufficiale sanitario di Francavilla al Mare (Chieti), è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

XIX Congresso della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

Ha luogo in Perugia nei giorni 2, 3, 4 ottobre.

La relazione affidata ai colleghi prof. Caldera e Caliceti concerne i *Metodi biologici di cura dei sarcomi delle prime vie respiratorie.* Questo argomento, che ha dato luogo ad animata discussione nel Congresso di Ravenna, viene ora più ampiamente esaminato.

La Presidenza si permette di raccomandare ai colleghi, che gli argomenti delle comunicazioni abbiano una impronta di originalità e presentino un reale interesse.

L'Ufficio di presidenza è così costituito: professor C. Biaggi, presidente; prof. S. Citelli, vice-presidente; prof. F. Lasagna, dott. E. Rimini, consiglieri; prof. G. Bilancioni, tesoriere; prof. L. Castellani, segretario. Il Comitato ordinatore è presieduto dal dott. Umberto Ceccaroni in Perugia.

X Riunione della Società Italiana di Patologia.

Indetta a Padova nell'Istituto di Patologia Generale della R. Università, è rimandata ai giorni 16-18 ottobre. Le quote d'adesione, in L. 25, sono da inviare alla Segreteria del Comitato (Istituto di Patologia Generale, via Loredan, 8 - Padova). A richiesta, la Segreteria trasmette il programma.

Associazione fra i Direttori Sanitari di Istituti Ospidalieri.

L'Associazione ha designato a presidente della Commissione, nominata dietro invito Ministeriale, per la revisione del nuovo Regolamento per i salariati degli Ospedali, il prof. Luigi Baldassari di Firenze e a supplente il prof. Giovanni Guicciardi di Modena.

L'assemblea generale dei soci è stata fissata per i giorni 7 e 8 ottobre p. v. a Venezia. Tema principale in discussione: «Sull'organizzazione delle Scuole di assistenza immediata ospedaliera».

Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Con R. D. in data 23 luglio 1922, solo ora pubblicato dalla «Gazzetta Ufficiale», l'*Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale* è stato dal Ministero dell'Interno eretto in Ente morale, con riconoscimento giuridico di *Opera Pia a carattere Nazionale.*

Il nuovo Statuto dell'Ente ha per caratteristica principale la partecipazione ufficiale all'assemblea ed al Consiglio di amministrazione delle 4 massime Confederazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori, e cioè della Confederazione Generale dell'Industria Italiana, della Confederazione dell'Agricoltura, della Confederazione Generale del Lavoro e della Confederazione Italiana dei Lavoratori, che nel Consiglio saranno rappresentate da un membro ciascuna.

La quota di ammissione alle varie categorie di soci è graduata in modo da permettere l'adesione alle Provincie, ai Comuni, ai grandi Enti economici, ed anche ai più modesti sottoscrittori, che già hanno dimostrato la loro simpatia iscrivendosi tra i sostenitori della rivista «Difesa Sociale», pubblicata dall'Istituto.

In poco più di 18 mesi l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale ha acquisito un capitale sufficiente al suo lavoro per alcuni anni; ha raccolta una splendida documentazione a carattere nazionale ed internazionale; ha riunito un personale già temprato alle proprie funzioni; si è assicurato una sede, per il momento sufficiente, e che in avvenire sarà tale da soddisfare a qualunque desiderato. Infine l'odierno decreto ha sanzionato la collaborazione delle quattro suddette grandi Confederazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori: risultato questo essenziale, che formò base del programma iniziale di costituzione dell'Ente.

Onoranze al prof. Manfredi.

L'Ordine dei Medici di Palermo ha deliberato di tributare onoranze al prof. Manfredi in occasione della consegna della medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica, decretatagli per la sua illuminata opera di scienza e di umanità durante il suo lungo apostolato igienico in difesa della salute, tanto nella lotta contro la tubercolosi, quanto nella tutela dei mutilati di guerra.

Per tali onoranze si è costituito un Comitato presieduto dal prof. Bentivegna presidente dell'Ordine dei medici di Palermo.

Per il 7° Centenario dell'Università di Padova.

Il Consiglio Accademico dell'Università di Varsavia ha commemorato, in una solenne adunanza, il VII centenario dell'Ateneo patavino; parlarono il rettore, che mandò un saluto all'antichissimo centro colturale, e il prof. Dickstein, che tenne un discorso sull'influenza scientifica esercitata dallo Studio di Padova in tutti i rami del sapere.

Donazione.

La baronessa Rothschild, decessa a Parigi, ha legato alla natia Francoforte sul Meno la somma di 500.000 franchi, per opere di beneficenza.

Studenti che onorano la Patria italiana all'estero.

Tra 250 studenti di medicina, concorrenti alla nomina di membri onorari della «Society of Biology» presso l'Università di New York, ne sono stati prescelti appena 4, e tra questi ne figurano 2 italiani; come segno di alta distinzione è stata assegnata loro una medaglia d'oro.

Commemorazione di Lépine.

Nell'anfiteatro della Clinica Medica dell'Hôtel-Dieu di Parigi è stata scoperta una targa commemorativa in onore del compianto prof. Raffaele Lépine, offerta dagli amici e dagli allievi. Assisteva alla cerimonia il ministro per l'Igiene Strauss. Il prof. Weill tenne il discorso ufficiale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

The practitioner, luglio. — Numero monografico dedicato alle malattie dei bambini.

Riv. Osped., giu. — G. Jacoucci. L'io del morente.

La Med. ital., giugno. — E. Ravenna. Sull'endocardite sperimentale.

Riv. di Clin. pediat., giugno. — G. Frontali. Utilizzazione dei grassi da parte del lattante.

Pensiero medico, 15 luglio. — M. Donati. Principii, metodi, finalità della Clinica chirurgica.

La Clin. ped., fasc. VII. — Coda M. Le manifestazioni cliniche della spasmofilia nell'infanzia.

Stomatologia, giugno. — S. Palazzi. Stomatite da bismuto. — Gaini. Cura medica conservativa dei denti infetti.

Colt. med. mod., n. 6-7. — L. Leto. La vaccinazione autogena nelle setticopioemie di origine otitica.

Quad. di Psichiatria, giu. — L. Ronconi. Nuovi risultati fisiologici delle ricerche sperimentali sulla corteccia cerebrale.

Annaes Paulistas de med. y cir., n. 11-12. — W. Smillie. Il predominio delle Leptospire itterohemorr. nei ratti di S. Paulo.

Id., n. 7-8. — A. Pedroso. Sulla biologia della Leishmania tropica.

Journ. of trop. med. and hyg., 15 giugno. — Numero speciale dedicato a Manson.

Pathologica, 1 lug. — G. Bertaccini. Ricerche sulla proteinoterapia aspecifica in dermato-venereologia.

Lancet, 8 luglio. — Timbrell Fisher. Sull'osteoartrite. — G. Holmes. Interpetrazione dei sintomi clinici delle malattie del cervelletto.

Revue neurologique, maggio. — P. Marie, H. Bouttier, P. Bailey. La planotopocinesi, errore di esecuzione di certi movimenti nei rapporti con la loro rappresentazione spaziale.

La med. ibera, 1 luglio. — R. Bertoloty. Le reazioni dolorose in diatermia.

Wiener klin. Woch., 6 luglio. — H. Jaffé. La dottrina degli endoteli reticolari.

Ann. di med. nav. e colon., giu. — L'opera scientifica del prof. G. Petella. — E. Trocello. Cura della lue cerebro-spinale con i così detti lipoidi di mercurio e di jodio.

Studium. — A. Cardarelli. Carcinoma della grande curvatura dello stomaco. — R. Piazza. Su di un caso di amebiasi polmonare.

Gazette des Hôpitaux, n. 50. — Soubeyran. Sulle fratture del collo del femore.

Id., n. 51. — R. Thouvenin. Diagnosi clinica e radiologica precoce della coxalgia.

Rev. méd. de la Suisse romande, giugno. — G. Moppert. Valore della reazione del guaiaco nelle feci per la ricerca dell'ulcera e del cancro dello stomaco.

La Pediatria, 1 luglio. — A. Medi. Malattia dei vomiti abituali nei lattanti. — L. La Ferla. L'ascesso alla milza nei bambini.

Morgagni, 30 giugno. — R. Mósti. Cura chirurgica della stasi intestinale cronica.

Pensiero medico, 1 luglio. — A. Borrino. L'elioterapia nelle forme tub. non chirurgiche nell'età infantile.

Id., 8 luglio. — C. Bertone. Cura delle peritoniti da perforazione spontanea delle vie biliari.

Journal Am. med. assoc., 17 giugno. — A. D. Kaiser. Effetti della tonsillectomia sullo stato generale. — Chesney Ramage. La parete addominale atonica.

Journ. trop. med. and hyg., 1 luglio. — U. N. Brahmachari. Pericoli delle iniezioni endovenose di chinina concentrate e fatte rapidamente.

Soc. méd. des Hôpitaux, 22 giugno. — P. Masson. Lesioni del plesso nervoso perighiandolare nell'appendicite cronica.

Le Scalpel, 8 luglio. — L. Bertrand. Speranze recenti nella lotta antitubercolare.

Journ. de méd. de Bordeaux, 10 luglio. — Rousseau Saint-Philippe. Necessità di correggere presto le malformazioni prepuziali dei bambini.

Journ. d. Praticiens, 8 luglio. — Nobécourt. Il diabete zuccherino nell'infanzia.

Prensa med. argentina, 10 giugno. — V. Segura. Sordità tossiche. — G. Bosch Arana. La formola di cicatrizzazione delle ferite.

Actinoterapia, luglio. — Spinelli-Mameli. Metodo di Röntgenterapia metachirurgica nel cancro mammario.

ARCHIVI.

Proc. of the Roy. of med., luglio. — Discussione sulla diagnosi e sul trattamento dell'ulcera gastrica.

Archivos de Cardiologia y Hematologia, giu. — R. Pinilla. Cardiopatie e crenoterapia.

Annali di Igiene, maggio. — G. Sanarelli. Patogenesi del colera (VI memoria).

Id., giugno. — B. Grassi. Animali domestici e malaria.

Boll. Scienze med., Bologna. — A. Perrucci. Trattamento trans-vescicale delle fistole vescico-vaginali.

Münch. med. Woch., 7 luglio. — Hering. Sul concetto di infiammazione. — Jansen e Näher. La soluzione jodica di Prengl nella medicina interna.

Giorn. di clin. med., 20 luglio. — A. Orsi. Il riflesso spleno-midollare di Abrams. — G. Spagnolio. Modificazioni nel sangue dei malarici trattati con i raggi X.

Biochim. e terap. sperim., giugno. — M. Ajazzi Mancini. Nuovo metodo per la separazione degli alcaloidi vegetali dalle ptomaine.

Haematologica, fasc. IV. — E. Franco. Alterazioni spleniche nella leishmaniosi infantile. — P. Bastai. Splenomegalia con cirrosi epatica familiare.

Archivos de med., cir. y esp., 22 lugl. — J. Segovia. Considerazioni sul trattamento delle pleuriti purulente.

Journ. of nervous and mental disease, giugno. — E. A. Spiegel. Valore diagnostico dei disturbi vegetativi nelle malattie del sistema nervoso.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 9 Ottobre 1922** **Fasc. 41**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DI GENOVA
Direttore: prof. E. MARAGLIANO.
LAB. DI BATTERIOLOGIA E MICROSCOPIA CLINICA

I leucociti sudanofili circolanti nel sangue dei tubercolotici.

Dott. F. DURAND - Dott. E. MUSANTE.

È noto come Cesaris Demel ammetta, in base a suoi studi sugli elementi circolanti del sangue, che nei processi infiammatori si abbia non solo una comunicazione del circolo generale col tessuto infiammato, ma anche una comunicazione diretta del tessuto infiammato col circolo, fatto questo che egli chiama endiapedesi, ossia un ritorno attraverso le pareti dei vasi di elementi precedentemente essudati ed infiltranti il tessuto infiammato, che vengono così a riversarsi in circolo mescolandosi agli altri elementi corpuscolari sanguigni. Egli mediante il suo metodo della colorazione vitale è riuscito a dimostrare che quando esiste un focolaio suppurativo nell'organismo, i leucociti che vi sono raccolti per essudazione, dopo aver subito le note alterazioni degenerative, ritornano in circolo e sono facilmente riconoscibili per il loro contenuto in gocciole che assumono la colodazione del sudan; tali elementi devono essere considerati come corpuscoli purulenti e sono la spia del processo degenerativo.

Secondo C. Demel nei focolai infiammatori antichi dove le alterazioni vascolari hanno passato il loro periodo acuto e sono scomparse, può anche mancare la diretta comunicazione tra il focolaio infiammatorio ed il circolo generale, nel quale possiamo quindi non trovare alcun elemento direttamente derivante dal focolaio infiammatorio, ma solo leucociti leggermente degenerati per azione dei tossici che pur sempre si formano nei focolai infiammatori incistati e localizzati e che da essi si riassorbono continuamente.

Basandosi su questi concetti abbiamo nei tubercolosi, capitati sotto la nostra osservazione, ricercato sistematicamente con la colorazione vitale (metodo Cesaris Demel modificato dal dott. Durand), i leucociti sudanofili circolanti, ed abbiamo potuto osservare che negli individui affetti da lesioni broncopolmonari distruttive, con associazioni microbiche svelate dalla cultura del succo polmonare e con la deviazione del complemento, con temperatura tipo nettamente piemico, tossiemia spiccata, si trovarono nel 100 % dei casi leucociti sudanofili in proporzione del 1-5 % dei leucociti neu-

trofili circolanti; in tali elementi per il gran numero di gocciole adipose il nucleo non era più visibile. La concordanza costante dell'andamento clinico della malattia, del reperto batteriologico e sierologico dei germi associati, e dei leucociti sudanofili circolanti ci porta ad ammettere che le spiccate note tossiemiche che accompagnano l'infezione specifica non devono essere attribuite soltanto alle tossine bacteriche ed alla necrobiosi dei tessuti ma anche ai veri corpuscoli purulenti circolanti provenienti dai focolai purulenti polmonari.

Nelle forme broncopolmonari più o meno diffuse con tendenza alla sclerosi, nelle quali la ricerca culturale e sierologica delle associazioni microbiche fu negativa, e con fatti tossiemici, che si manifestavano più con fatti distrofici che con perturbamenti termici, si trovarono molto spesso in circolo nella proporzione 0,5-1% dei leucociti leggermente degenerati e che presentavano scarse e piccole goccie adipose. Tali elementi con ogni probabilità devono essere considerati come elementi degenerati parzialmente, non derivanti da focolai purulenti, ma per azione dei tossici che, come abbiamo detto, dai focolai infiammatori incistati e localizzati si riassorbono continuamente.

Nelle forme di semplici sclerosi e bronchioliti con peribronchite con andamento apiretico e senza complicanze a carico di altri apparati non trovammo mai leucociti degenerati circolanti. Molto interessante è stata l'osservazione dell'ammalato degente al letto n. 20, il quale entrò in clinica con localizzazioni bronco-polmonari biapicali, temperature subfebrili non continue ed a tipo irregolare; la ricerca sierologica e culturale delle associazioni microbiche aveva dato esito negativo, la ricerca dei sudanofili aveva dato rari leucociti (0,5 %) con piccole e rare granulazioni sudanofili. Durante la degenza i fatti bronco-polmonari si sono estesi a tutto il lobo inferiore di sinistra, la curva termica assunse andamento nettamente intermittente con puntate massime a 38°.8; ripetute le prove culturali sul succo polmonare e le prove sierologiche per le associazioni microbiche con esito positivo (streptococco), si è notata contemporaneamente la comparsa in circolo di leucociti con numerose e grosse gocciole sudanofile in proporzione del 3 %.

La ricerca dei corpuscoli purulenti circolanti nel sangue dei tubercolosi a noi pare porti contributo notevole alla interpretazione delle tossiemie e dell'attività dei focolai tubercolari e ci conferma sempre più l'importanza dei piogeni nel determinare tale stato tossiemico.

L'eosinofilia nel reumatismo muscolare.

dott. EDOARDO BANAUDI, Torino.

Credo interessante, in questa mia breve nota, riportare gli esiti e le considerazioni sulla ricerca della eosinofilia nel reumatismo muscolare, riscontrata in 7 casi che ebbi occasione di esaminare. Tale ricerca può avere un certo valore, sia perchè è l'unico sintomo non soggettivo, rilevabile cioè dal medico a mezzo di questa semplice indagine di laboratorio, sia perchè potrà forse servire ad indicare, con delle osservazioni più numerose e profonde, la etiologia di questa forma morbosa, sulla quale non esistono finora che delle ipotesi numerose ma più o meno attendibili. L'entità di tale eosinofilia, può andare da gradi minimi, insufficenti a costituire un criterio diagnostico, a cifre assai alte, che possono avere il loro valore, prescindendo naturalmente, con oculato criterio, da tutti quegli altri stati patologici, che la clinica ha dimostrato comportare pure un aumento, certe volte molto forte, degli eosinofili. Le cifre raggiunte nella malattia che ci interessa, non sono state, per quanto mi consta dalla letteratura, molto controllate: Bittorf avrebbe trovato un aumento delle cellule eosinofile dal 5 al 12 per cento; Staecker, fino al 16 per cento. È certo diagnosticamente utile intraprendere delle ricerche, atte a determinare il valore di un sintomo, che sembra abbastanza costante. Il problema intanto si presenta anche intralciato dal fatto, che, come dice Audibert, parlando sulle ipotesi delle funzioni e della genesi delle cellule eosinofile, è un globulo *qui livre mal ses secrets*, alludendo al fatto, che nulla di veramente sicuro si conosce a questo proposito, come si hanno conoscenze attendibili invece, su altri elementi ematologici. Le forme di reumatismo qui riportate, avevano colpito un dato gruppo di muscoli, nei quali vi era dolenzia spiccata alla pressione, ed a tratti, abolizione quasi completa dei movimenti attivi; qualche volta alla palpazione il muscolo si sentiva come fosse tumefatto od infiltrato, e sovente appariva spasmodicamente contratto. In tutti i casi il dolore insorse bruscamente, e cedendo sotto le cure adatte, permaneva però sempre un certo stato di dolenzia diffusa e recidivava con facilità. Quasi tutti incolparono una causa perfrigerante. Non sto a riferire i particolari dei singoli soggetti, poichè ci interessa la sola formula ematologica: dirò soltanto che si trattava in tutti questi casi, di quella forma morbosa detta reumatismo muscolare acuto, forma che, quantunque rientri in uno dei capitoli

più confusi per nomenclatura e classificazione, si può però oggi definire come una malattia vera e propria del tessuto muscolo fibroso. Questo dico, perchè non si confonda con quelle innumerevoli condizioni patologiche, nelle quali, per la mancanza di una plausibile causa etiologica o patogenesi, per il solo fatto che esiste il sintomo dolore, si fa diagnosi talvolta con troppa facilità di reumatismo; e questa questione è ancor oggi troppo oscura e dibattuta, perchè si possa abusare di tale diagnosi, senza pericolo di cadere in apprezzamenti non esatti. I casi in questione, non dimostrarono per intanto alcuna variante degna di qualche menzione, sul comportamento del conteggio dei globuli bianchi.

La formula leucocitaria fu eseguita durante lo stadio acuto della malattia, e fu ripetuta poi a soggetto completamente e durevolmente guarito onde avere un dato da confronto attendibile, ed un argomento per potere escludere tante altre eventualità in cui la presenza di eosinofili, avrebbe potuto essere semplicemente una coincidenza causale. Dirò d'altronde, che furono escluse, valendomi di ricerche cliniche di laboratorio, e nei limiti del possibile, le elmintiasi, le dermatosi, e tutte le condizioni conosciute, che si sa, possono dare la presenza in circolo, delle cellule eosinofile, e d'altonde, ripeto, il risultato fu controllato dopo, a guarigione completa. Il sangue fu preso nella mattina, col soggetto a digiuno, tanto per evitare una possibile influenza di altri fattori, e per mettermi, durante e dopo la malattia, a parità assoluta di condizioni di ricerca. I casi riportati, furono i seguenti:

1º Miosite reumatica dei muscoli del collo;

2º Reumatismo muscoli arti inferiori;

3 Mialgia reumatica spalle e dorso

3º Reumatismo dei muscoli toracici;

4º Miosite reumatica diffusa;

5º Mialgia reumatica spalle e dorso;

6º e 7º Reumatismo lombare acuto.

Di questi si ebbe la seguente formula ematologica, eseguita durante la malattia:

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Polinucl. neutrofili .	61	65	70	60	55	50	57
» eosinofili .	6	7	8	9	10	12	13
» basofili . .	1	0	2	0	1	1	1
Grossi monon. e forme di passaggio . .	7	6	4	10	6	8	7
Linfotici . . .	25	22	16	21	28	29	22

Ripetuto poi lo striscio e la formula, a guarigione avvenuta, si verificarono le seguenti cifre:

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
Polinucl. neutrofili .	69	60	62	55	58	67	65
» eosinofili .	2	1	2	3			4
» basofili . .	0	1	1	1	1	0	2
Grossi monon. e forme di passaggio . .	5	6	7	8	8	5	5
Linfociti	24	32	28	33	30	26	24

Un primo fatto, che subito emerge, è l'aumento delle cellule eosinofile, dal 6 al 13 per cento, risultato che collima assai con le ricerche di Bittorf e di Staecker, senza raggiungere però l'alta percentuale di quest'ultimo: egli avrebbe trovato anche un certo aumento dei linfociti, dall'1 al 19 per cento, che qui non fu rilevabile. I monociti non uscirono gran che dai limiti normali, e non si comportarono in alcun modo caratteristico. È rilevabile invece una certa diminuzione dei polinucleari neutrofili, quasi che l'aumento degli eosinofili, fosse fatto a spese di quelli.

L'eosinofilia è una proprietà comune a molte malattie, e venne riscontrata nelle circostanze più diverse, tanto che molti non vogliono dedurre da essa alcun elemento diagnosticamente utile, o comunque interessante; la si trovò nella convalescenza di tutte quelle condizioni morbose, nel cui periodo acuto, tali elementi cellulari erano diminuiti, e si manifestò sovente con tale abbondanza da giustificare il nome di crisi eosinofila, con cui si volle indicare tale aumento: ma è un fenomeno passeggero. Vi sono poi delle malattie, in cui l'eosinofilia assume l'importanza di un sintomo costante, come nell'asma bronchiale, ma più che tutto, nell'elmintiasi, come specialmente trichinosi, anchilostomiasi, e nelle filariosi, dissenteria da amebe, ed in molte malattie cutanee. Ora, se alla eosinofilia in tutte queste forme, non si può attribuire il valore di un sintomo esclusivo, nè veramente patognomonico, bisogna tuttavia ammettere che questo fatto meriti di essere ricercato in quelle evenienze nelle quali si può presentare, perchè nel maggior numero dei casi, raggiunge cifre anche alte, ed in ogni modo caratteristico. Lo stesso deve dirsi, anzi con più valore, a proposito del reumatismo muscolare: che anzi qui si tratta di un sintomo che è l'unico rilevabile clinicamente, mentre negli altri casi si ha un aiuto dalla clinica e dalla semeiotica, senza contare l'interesse che può avere, per cercare di entrare un po' nella patogenesi di tale forma reumatica.

E per intanto bisogna assodare subito questo: 1° Che l'aumento delle cellule eosinofile è in dipendenza diretta del reumatismo muscolare, perchè scompare completamente e durevolmente a malattia guarita; 2° Che detta eosinofilia, è, a quanto pare, direttamente proporzionale alla gravità o meno della malattia: lieve nelle forme leggere e di poca durata, raggiunge cifre comparativamente assai alte fino al 13 per cento, nelle forme di maggiore entità, fino anche al 16 per cento come avrebbe trovato Staecker. Volendo ora dire qualche parola, per cercare una spiegazione sulla patogenesi del reumatismo muscolare, che collimi col reperto dell'eosinofilia non si possono, per ora, citare che delle ipotesi; lasciamo da parte quella di Schmidt, che ammette una nevralgia dei nervi sensitivi dei muscoli, mentre nei casi di irradiazioni dolorose a certi nervi, si deve pensare piuttosto ad un'estensione della fibrosite alle guaine dei tronchi nervosi, in modo che i dolori possono tutto al più interpretarsi come di origine perineuritica. Invece le due teorie più attendibili, che si contendono il campo per definire l'eziologia del reumatismo, sono: quella di Leube, che riconosce una origine infettiva, quantunque attenuata, da parte di un germe che potrebbe anche essere lo stesso del reumatismo articolare, tanto è vero, che qualche volta precede o concomita alle lesioni articolari stesse; e la teoria tossica, che renderebbe cioè responsabili le tossine dei germi; ed invero, non è da scartarsi l'ipotesi di sostanze, che dai muscoli interessati, giungano nel sangue; si tornerebbe, in certo qual modo, a quell'antico concetto della vecchia medicina umorale che vedeva nel reumatismo ogni disturbo per dislocazione di umori.

Comunque si tratterebbe verosimilmente di una origine infiammatoria tossica, per cui deporrebbe anche la febbre, quasi costante nei casi acuti, e che potrebbe certo spiegare la presenza costante degli eosinofili.

Bisognerebbe però, per averne la certezza, riscontrare lo stesso reperto di eosinofilia, in casi in cui fosse possibile, sperimentalmente, provocare un'alterazione nel ricambio del muscolo, o una distruzione della sua albumina. E per intanto onde avere un punto di analogia, dobbiamo considerare che gli eosinofili sono riscontrabili, in tutte le forme di intossicazioni, di una certa entità, e come esempio probativo e tipico nella intossicazione da elminti. È un fatto che nelle cisti da echinococco per esempio, la presenza degli eosinofili nel sangue, sta in stretto rapporto con sostanze penetrate in circolo dalla cisti, quasi come indice di una reazione antitossica dell'organismo, in seguito all'assorbimento del liquido cistico, qualche cosa di analogo, come dice Klinkert, alla eosinofilia che si verifica nei soggetti normali, quando ingeriscono alimenti prevalentemente albuminoidi. Ma a buon conto, il fatto che lo stesso reperto ematologico nella trichinosi, si dimostra proporzionale alla affezione muscolare sarebbe, come fa osservare Bittorf, un elemento non trascurabile per ammettere nel reumatismo muscolare, per analogia, una origine infiammatoria tossica, o che si formino nel muscolo, prodotti anormali del ricambio dovuti ad alterazione chimico fisica della sostanza muscolare stessa: in questo senso possono benissimo agire le cause che in via generale si allegano a spiegare il reumatismo muscolare, ed in questo senso si spiega la costante presenza nel sangue degli eosinofili; che poi quei prodotti delle alterazioni muscolari, agiscano secondo la teoria di Erlich, esercitando cioè su di essi un'azione chimiotattica, o se siano da interpretarsi come provenienti da uno stato anafilattico, o da altre cause, questa è un'altra questione, ed il vero motivo è certo difficile prevedere: la prima ipotesi fu dimostrata da Naegeli, poco probabile ed insufficiente; la seconda si appoggia sul fatto che l'eosinofilia è riscontrabile nella trichinosi, appunto quando comincia l'incapsulamento, e molti la spiegano con l'anafilassi anche in base agli altri sintomi concomitanti, come la dispnea e le diarree, ma per ora non siamo che nel campo delle ipotesi; e non è improbabile che la questione si debba ricollegare alla origine degli eosinofili stessi, sulla quale le discussioni sono ancora assai vive. Pertanto, la presenza di queste cellule sanguigne, offre nel reumatismo muscolare, un certo interesse, e se pure non si hanno per ora elementi valevoli a chiarire esaurientemente il problema, resta però l'importanza clinica dell'alta percentuale di essi, e del ritorno al normale con la guarigione, e quindi, logicamente di un indubbio legame di causa ed effetto. Ad ogni modo, nella ricerca della etiologia, sia che si pensi ad un agente batterico, o alle tossine, o a cause trofoneurotiche, o ad alterato ricambio del muscolo è molto probabile che l'eosinofilia nel reumatismo muscolare, stia ad indicare una alterazione del muscolo stesso. E se pure tale reperto non è esclusivo di tale malattia, lo si può ritenere abbastanza costante, perchè meriti la pena ricercarlo, che tale risentimento da parte del sangue, si ricongiunge così alle altre manifestazioni generali della malattia,

e per di più rappresenta, in una forma la cui diagnosi è fondata esclusivamente sui sintomi soggettivi, forse l'unico sintomo oggettivo degno di essere considerato.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAGGIORE DI TRIESTE
IV RIPARTO CHIRURGICO.
Primario dott. ALMERIGO D'ESTE

Un caso di lussazione del piede in avanti.

Dott. DEMETRIO GIORGACOPULO, assistente.

Una delle lussazioni più rare è la lussazione sottoastragalica del piede, la quale si osserva raramente anche in ospedali e cliniche, che hanno un materiale molto ricco di fratture e lussazioni. Ancora il Nélaton la includeva nel gruppo delle lussazioni del talo e la denominava «Luxation partielle de l'astragale». Fu il Broca che per il primo studiò questa lussazione e la distinse da quella del talo denominandola: Lussazione sottoastragalica del piede». Egli ebbe campo di conoscere soltanto la lussazione all'indietro e ai lati, non quella in avanti. Il primo ad osservare questa lussazione in avanti fu il Malgaigne. Allora venne fatta la divisione di queste lussazioni in quattro gruppi che nominiamo più tardi e alla quale viene tenuto tuttora L'idea del Quenu venne scartata, il quale ne faceva tre gruppi. lussazioni in avanti, all'esterno e dorsali (includendo in queste ultime le posteriori e le interne).

Riassumendo: a seconda della posizione del talo rispetto al piede le lussazioni sottoastragaliche vengono distinte in: 1° lussazioni sottoastragaliche all'indietro; 2° verso l'esterno; 3° verso l'interno; 4° in avanti.

La più frequente di queste lussazioni è quella verso l'interno.

Il Deetz della clinica di Rostock fa una statistica delle lussazioni del genere pubblicate fino al 1904. Enumera 28 lussazioni verso l'interno, 25 verso l'esterno, dichiarando rare quelle all'indietro, rarissime quelle in avanti.

Cercando le pubblicazioni fino al 1905 ne trovai soltanto sei che trattano di lussazioni in avanti, tre delle quali erano complicate con frattura del talo; fatto che si riscontra — del resto — in circa la metà dei casi. Questa complicazione è invece molto rara nelle lussazioni verso le altre parti.

Dopo il 1905 rarissimi sono i casi descritti, e da noi — per quanto valgano le mie ricerche — mancano affatto.

Noi abbiamo avuto la ventura di osservare una lussazione sottoastragalica in avanti senza complicazione di frattura. Venne accolto d'urgenza nel nostro riparto un uomo che scendendo da una scala a chiocciola, scivolò sugli ultimi scalini, battè a terra col piede destro, cadendo poi indietro. Accusò subito forti dolori al piede destro, tanto da non poter più rialzarsi. Oggettivamente si ebbe il seguente reperto: Tralascio per brevità tutto lo stato presente, che è privo di interesse. Non si riscontrarono lesioni nè alla tibia, nè ai malleoli; qui anche alla pressione il malato non accusava dolori. La regione sottomalleolare era tumefatta e dolente. Il piede era in posizione di semiflessione con la punta rivolta verso l'interno e dava l'impressione di essere più lungo del sano. La regione del tendine di Achille aveva perduta la sua configurazione primitiva. Invece d'essere distintamente palpabile sotto la pelle, il tendine era appiattito ed era tratto in avanti. Sul dorso del piede fra l'astragalo e lo scafoide si poteva riscontrare un difetto nella continuità ossea, tale da permettere di introdurvi la punta di un dito, quel tanto che la pelle in questo punto molto tesa, poteva cedere. I movimenti dell'articola-



zione crurale-astragalica erano liberi; invece i movimenti di supinazione e pronazione erano inceppati e cioè mancavano completamente gli attivi, ed i passivi erano ridotti e provocavano fortissimi dolori. Causa la tumefazione ed i dolori non potevamo osservare altri particolari. Venne fatta subito la radiografia del piede, dalla quale risultava che questo era spostato in avanti rimanendo l'astragalo fermo al suo posto nella forchetta delle ossa del crure. Non si scorgevano fratture. Fatta così la diagnosi di lussazione sottoastragalica in avanti si tentò subito la riposizione. In profonda narcosi si riuscì con poca fatica a riporre la lussazione tenendo fisso il crure e stirando il piede in giù ed indietro. Non essendovi alcuna lesione cutanea si praticò una leggera ingessatura che venne levata presto per iniziare i movimenti del piede.

Il controllo radiografico assicurò la giusta posizione del piede. Dopo 4 settimane il paziente stava soggettivamente ed oggettivamente benissimo.

Il meccanismo della lussazione nel nostro caso è chiaro. Scivolando il paziente dalla

scala il piede destro era certamente la parte che doveva sopportare l'urto maggiore. Nel movimento istintivo per fermare la caduta il malato deve aver flesso fortemente il piede. Avendo ben presente questo modo di cadere ci sarà facile ricostruire la lussazione.

Negli altri casi il modo di cadere è analogo al nostro, cioè cadute da scale o da impalcature. Solo nei casi descritti dal *Parise* e dal *Deetz* le lussazioni furono provocate da seppellimento per frane.

Per rendere comprensibile la lussazione in avanti vorrei soffermarmi sull'anatomia dell'articolazione astragalo-calcanea. L'astragalo e il calcaneo articolano fra loro mediante due faccette. La faccia anteriore concava del calcagno permette lo scivolare in avanti ed indietro. La faccia posteriore del calcaneo è convessa ed impedisce il movimento sopra descritto che viene per di più impedito dal ligamento talocalcaneo interosseo, che è molto forte e che in primo luogo deve lacerarsi, perchè la lussazione sia possibile.

Questa circostanza è stata confermata da esperimenti fatti sul cadavere. Un'altra premessa è la flessione forzata del piede. Flettendo il piede verso il crure prima di tutto avremo un movimento nella articolazione astragalo-crurale. Iperflettendo il piede il margine anteriore inferiore della tibia toccherà il collo dell'astragalo. Movimenti maggiori di flessione in questa articolazione divengono impossibili per i forti ligamenti posteriori e calcaneofibolari. Volendo flettere di più, il capo dell'astragalo avrà la tendenza di voltarsi verso la pianta del piede. In questa posizione si dovrà lacerare il ligamento calcaneo astragalico interosseo e il corpo dell'astragalo scivolerà sulla faccetta posteriore del calcagno e con ciò la lussazione.

Noi vediamo dunque che i due movimenti principali per la lussazione del piede in avanti sono l'iperflessione e la lacerazione del ligamento calcaneo astragalico interosseo.

La diagnosi di lussazione anteriore del piede non è sempre molto facile: in primo luogo è molto rara e sfugge a moltissimi. Specialmente difficile rimane la diagnosi, se non si può osservare la lesione al momento o subito dopo la caduta, perchè la tumefazione, che sempre sopraggiunge, nasconde il quadro. Quello che dovrà risultare in primo luogo sarà lo allungamento del piede che non mancherà, anche se la regione lesa è tumefatta. Un altro segno caratteristico nei casi freschi è la anormale configurazione della regione del tendine di Achille. Ancora si potrà osservare quel difetto già menzionato nella continuità ossea al dorso del piede in corrispondenza del capo dell'astragalo e dello scafoide. L'opposto di ciò si vede nella lussazione all'indietro del piede, dove il capo dell'astragalo emerge e lacera di solito la pelle. Da non omettere (occorre dirlo?) sarà in tutti i casi la radiografia, la quale ci darà conferma ed aiuto della nostra diagnosi.

La riposizione, se il caso è recente non deve far difficoltà. Se la lussazione è vecchia non resterà altra via che la cruenta. Il metodo scelto dal gran numero dei chirurghi è l'estirpazione dell'astragalo. La prognosi è ottima in casi dove la riposizione riesce facile e dove non vi sono complicazioni. Il risultato funzionale è buono, tanto da parlare di *restitutio ad integrum*. In casi dove si dovette fare la riposizione cruenta con o senza estirpazione dello astragalo, i risultati non furono così buoni, però non compromisero mai un'ambulazione discreta.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE PROVINCIALE PSICHIATRICO DI BOLOGNA.

La interpretazione delle cinesie transitorie nelle sindromi amiostatiche da encefalite epidemica cronica.

Dott. GIUSEPPE PELLACANI.
libero docente di neuropatologia e psichiatria nella R. Università.

Nei n. 19 e 22 del *Policlinico* (Sezione Pratica) è stato messo in rilievo un fatto non raro nella malattia di Economo a tipo cronico e con carattere parkinson-simile (precisamente amiostatico-ipertonico), fatto idoneo a sorprendere, a primo aspetto, l'osservatore.

È noto come in questi malati abitualmente lenti e torpidi intellettualmente (pur senza sintomi demenziali), apatici, abulici, inerti, abbiano somaticamente una sintomatologia molto proteiforme quanto ad aggruppamenti, decorso, evoluzione dei sintomi clinici: ma che tuttavia può essere in generale caratterizzata dal fatto che colpisce esclusivamente l'apparato motore, senza specifiche alterazioni della sensibilità e dei riflessi; con ipertonia muscolare più o meno generalizzata e amiostenia generale, con tendenza alla bradicinesi, alla lentezza e rigidità nei movimenti; ciò specialmente nei movimenti associati ed automatici (movimenti di difesa, di marcia, mimica del viso e del gesto, linguaggio, deglutizione, ecc.), fino alla immobilità e fissità loro, alla rigidità mimica, atteggiamenti statuari e catatonici,

incapacità, almeno apparente, di deambulazione e di stazione eretta, ecc.

Orbene questi malati, lenti, rigidi, limitati e incerti nei loro movimenti, e che sopratutto evitano quanto più possono ogni attività, mantenendo uno stato di acinesia volontaria, sono poi capaci di riprendere, transitoriamente, una completa e coordinata funzionalità in ogni territorio di innervazione motoria: e correre, saltare, riprendere vivace espressione mimica ed oculare, parlare rapidamente, ecc., quando, stimolati, acconsentono a compiere questo sforzo di volontà ed attività motoria, o quando, consci della loro capacità motoria (contrastante con lo stato abituale di ipo e bradicinesi), e desiderosi di mostrarla, compiono spontaneamente tale sforzo volontario. Cessata, od esaurita, tale attività psicogena, ritornano nelle condizioni di prima.

Nei citati numeri del *Policlinico*, Abbruzzetti ha ricordato che, col tracciato grafico del cammino in uno di questi malati, si è rilevato come da titubante-paretico divenisse preciso, coordinato e spedito se compiuto rapidamente o addirittura in corsa; Masci ha similmente osservato che pazienti appena in grado di camminare, con lentezza e difficoltà, sono poi capaci di correre speditamente; e ha ricordato come questi fenomeni, od altri simili come parola rapida in contrasto con la bradilalia abituale, sono stati recentemente rilevati anche da neurologi francesi, come Tilney e Souques che li hanno designati rispettivamente coi nomi di progressione metadromica e cinesia paradossa. Silvestri ha aggiunto due osservazioni interessanti: una malata con bradilalia, bradicinesia generale, difficoltà di stazione eretta, e deambulazione a passi brevissimi e lentissimi, che è poi capace di ballare lungamente e perfettamente e di cantare: e un malato, nelle stesse condizioni, che era capace di correre rapidamente in bicicletta, con perfetta sicurezza di movimenti, «ma se tuttavia doveva rallentare, per ostacoli o volontariamente, si comportava come un novellino, andava a zig-zag, e correva pericolo di cadere».

Presenterò, riassuntivamente, i due casi seguenti.

I° Donati Vito, anni 17, operaio (fig. 1). Encefalite contratta nel 1920 a forma soporosa-confusionale, con febbre alta. Cessato lo stadio acuto, è residuata una sindrome cronica, ad andamento irregolare, ultimamente progressivo, a carico delle funzioni nervose somatiche e psichiche. Si osservò un torpore e rallentamento dei movimenti, con tendenza spiccata alla immobilità e alla inerzia; lenti ed inceppati i movimenti volontari, scarsi ed assenti gli automatici: parola lenta, sguardo fisso, rigidità mimica, gesticolazione abolita, andatura incerta, lenta, a passi brevi, traballante. Psichicamente depresso di umore, inerte, abulico, acinetico, alquanto torpido nella ideazione e nelle reazioni psichiche, ma con intelligenza essenzialmente integra. Fu in questo Ospedale dall'Ottobre 1920 al Maggio 1921, dimesso avendo presentato una remissione dei sintomi, tanto da poter riprendere, sebbene parzialmente, il lavoro.

Ma in seguito la sindrome si accentuò di di nuovo (ritornò in Ospedale nell'Ottobre 1921), complicandosi dal lato psichico con alterazioni gravi del carattere: variabile, insofferente, bizzoso, con crisi di agitazione e di impulsività in cui il soggetto rompe oggetti e percuote, e



Fig. 1

con stati depressivi-ansiosi in cui è smarrito, mutacico, inaccessibile, rifiuta il cibo. Tali crisi si sovrappongono episodicamente allo stato abituale: ottuso, torpido, abulico, rallentato, taciturno, acinetico, inerte.

Somaticamente è venuta progressivamente aggravandosi la sindrome parkinson-simile su accennata: con tendenza alla rigidità ed immobilità generale, si da mantenere lungamente atteggiamenti statuari, catatoniformi, senza tremori, con grave camptocormia, con incapacità di stazione eretta senza essere aiutato, deambulazione a piccoli passi, rigida, lenta, incerta, con oscillazioni a zig-zag; e, se il soggetto non è sorretto, si accascia e cade.

Fisonomia immobile, mimica inerte, inespressiva, sguardo fisso, bocca semiaperta da cui cola la saliva. Linguaggio lento, difficoltoso, non accompagnato da gesti. Il soggetto ha una precisa sensazione della difficoltà nel compiere tutti i movimenti, e se ne astiene. Abitualmente sta coricato, inerte, immobile, taciturno, per giornate intere.

All'esame neurologico si avverte solo uno stato generale di non grave ipertonia muscolare, anche in riposo, con resistenza lieve ai movimenti passivi, che sono tuttavia possibili; anche la camptocormia può vincersi volontariamente o passivamente; vi è una lieve iperreflettività muscolo-tendinea e vasomotoria, e null'altro di patologico.

Or bene, quando il soggetto è eccezionalmente di buon umore, o in vista di un premio, o si eccita coi compagni, ride, gestisce, parla rapidamente, la fisonomia e lo sguardo si vivificano, il corpo si raddrizza, si muove vivacemente e normalmente in ogni parte, e, se egli acconsente a far mostra della sua agilità, allora corre rapidamente in modo del tutto coordinato e sicuro, ed anche salta con agilità non comune, così da una parte all'altra del letto, appoggiandovisi con una mano, ecc. Cessato questo stato di iperattività, ritorna nelle condizioni di prima.

La cura arsenicale ad alte dosi non ha portato giovamento. Il soggetto da qualche mese

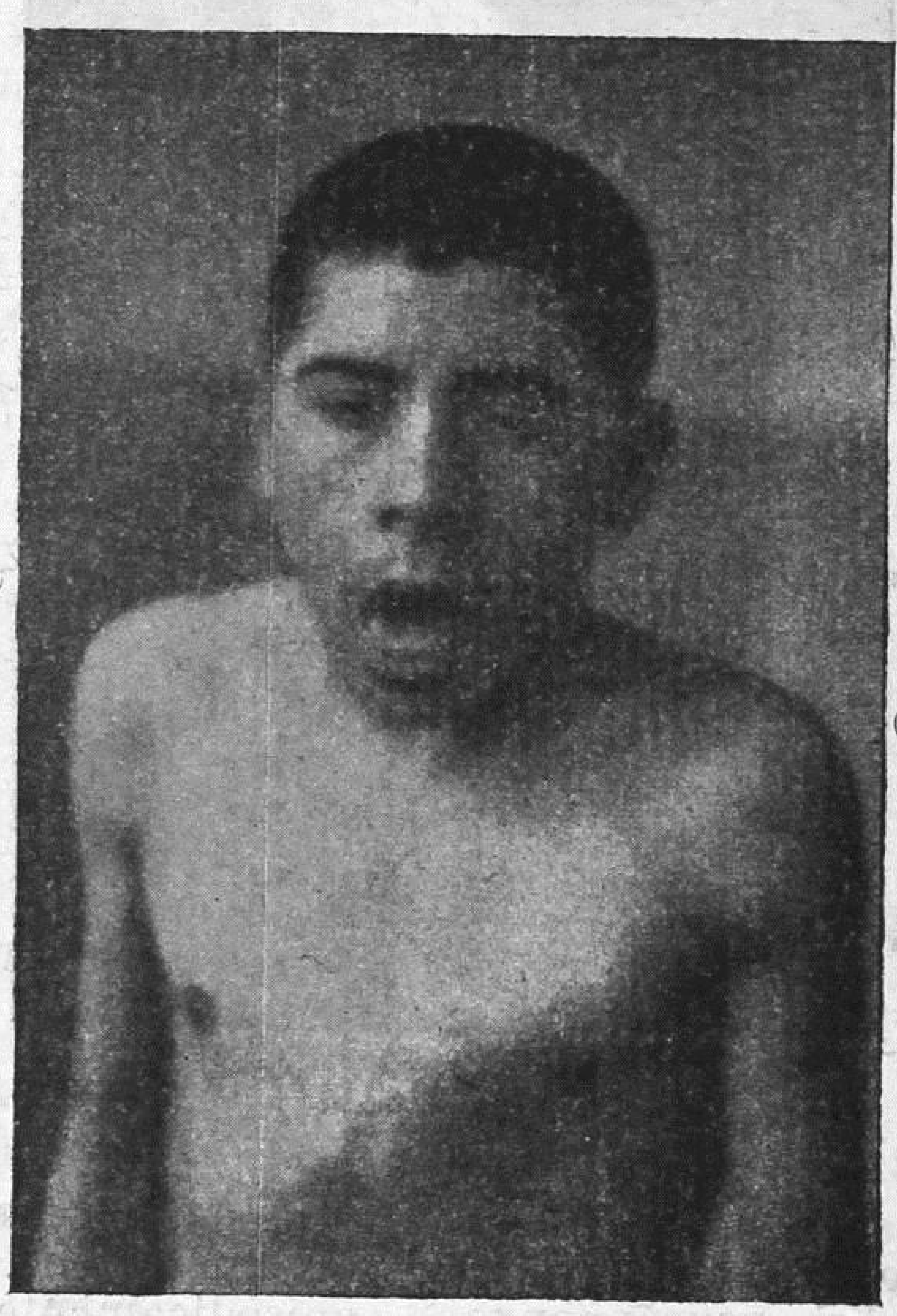


Fig. 2

è gravemente deperito ed oligoemico, probabilmente anche per le condizioni d'immobilità abitudinarie: tanto da far ritenere che, coll'aggravarsi delle cattive condizioni di nutrizione generale, questa sindrome di encefalite cronica avrà esito infausto.

2° Nannetti Gaetano, anni 16, operaio (fig. 2). Encefalite epidemica nel 1919: residuò debolezza generale, incapacità al lavoro, insonnia, parestesie (capo, gola, torace, rachide), torpore, rallentamento, inerzia psicomotoria, mutamento di carattere: apatico, inaffettivo, abulico, inerte, ozioso. Intelligenza integra.

Questa sindrome è venuta rapidamente accentuandosi, coll'aggravarsi di progressivi sintomi di difficoltà e lentezza nei movimenti: deambulazione, movimenti degli arti, del tronco, del capo, del viso. Da circa undici mesi il soggetto avverte una sensazione penosa di incapacità e d'ambascia respiratoria, di difficoltà nel compiere i movimenti coordinati dell'inspirazione, difficoltà e resistenza che egli riesce a vincere respirando affannosamente e profondamente.

Presenta un atteggiamento curvo ed abbandonato del corpo (che corregge transitoriamente se ne viene invitato), si regge bene in piedi e cammina abbastanza regolarmente, pure avvertendo come un peso agli arti inferiori e difficoltà e inceppamento nei movimenti: sta abitualmente coricato, inerte, immobile, con espressione mimica fissa, sguardo spento, bocca semiaperta. Quando non si distrae e non dorme, presenta quasi continuamente una intensa e rumorosa polipnea, interrotta da pause in cui rimane a bocca aperta, avvertendo una notevole difficoltà inspiratoria, sì che l'inspirazione avviene allora lentissima, intercisa, con pause apnoiche. Questo anche nel sonno. Ha avuto qualche crisi di angoscia, parendogli talvolta di non riuscire più a respirare, e impaurendosi per questa sensazione di impossibilità a espandere il torace.

Presenta vivaci tremori, a larghe scosse, alle mani e alla lingua protese, alle palpebre abbassate; qualche tremore ai muscoli mimici. Riflessi vasomotori vivaci, cutanei e mucosi normali, muscolo-tendinei vivaci ed alquanto esagerati. Null'altro di patologico. Cura arsenicale negativa. Progressive e gravi condizioni di deperimento organico ed oligoemia, con insorgenza, da alcuni mesi, di una tubercolosi polmonare, con reperto positivo nello sputo. Prognosi infausta.

La genesi di tali cinesie transitorie, all'apparenza paradosse, in questi malati di encefalite epidemica cronica, appare possa essere bene illuminata dalla sistemazione patogenetica e clinica che vengono assumendo le sindromi motorie che le sono pertinenti, ed a cui i reperti anatomo-patologici hanno servito di base. È noto come da un decennio a questa parte vi è tutta una letteratura embriologica-anatomica-istopatologica e clinica che ha bene chiarito il substrato di quel complesso amiostatico di Strümpell, o sindrome striata, in cui son da conglobarsi la paralisi agitante, l'atetosi doppia congenita progressiva, la corea cronica, la malattia di Wilson, la pseudo-sclerosi di Westphal-Strümpell, la forma di paralisi pseudo-bulbare distinta da Brissaud, la malattia di Homen, quella di Cecilia Vogt: tutte comportanti sintomatologia motoria senza che le vie piramidali siano lese, e riportabili a lesioni dei nuclei della base e dei centri ipotalamici e mesencefalici con essi in rapporto diretto, ma più specialmente del corpo striato e vie motrici da esso efferenti (sistema pallidale di Hunt).

Tutta una serie di ricerche (a cominciare da quelle di O. e C. Vogt, K. Wilson, R. Hunt,

Jelgersma, Lewy, ecc.) hanno bene illustrato questo importante sistema di centri e di vie sottocorticali che mette capo alla via motrice extrapiramidale, rappresentata particolarmente dal fascio rubro-spinale di Monakow: sistema miostatico di Strümpell indipendente (relativamente) da quello cortico-spinale, e che ha particolari funzioni motrici, distinte da quelle miodinamiche che attivano i movimenti volontari: moderatore del tono muscolare e quindi regolatore delle funzioni miostatiche, regolatore e coordinatore dei movimenti associati ed automatici: di difesa, di marcia, mimica del viso e del gesto, fonazione, deglutizione, ecc.

Ora, malgrado il polimorfismo caratteristico dell'encefalite epidemica acuta e cronica, cioè malgrado una molto estesa e varia disseminazione delle lesioni infiammatorie, degenerative, infiltrative che le sono proprie, è ormai generalmente riconosciuto, per quanto riguarda la sua sintomatologia e il suo substrato anatomo-patologico più caratteristico, che nel maggiore numero dei casi, presentanti sindromi più o meno nettamente parkinson simili, anch'essa è da inglobarsi nella sindrome amiostatica di Strümpell. (Economo, Nonne, Strümpell, Stern, Simmerling, Lehrmitte, Mingazzini, Souques, Furno, Gamna, Ceconi, Micheli, ecc.).

L'ipertonia muscolare e la miostenia più o meno generalizzata proprie di questi malati, senza specifiche alterazioni di sensibilità e di riflessi, sono cioè da riportarsi generalmente a lesioni extrapiramidali; e non sono quindi di natura miodinamica, bensì miostatica. Manca infatti la sindrome miodinamica di vera paralisi, spasmi, atassia nei movimenti volontari, con esagerazione dei riflessi muscolo-tendinei, iporeflettività di quelli superficiali, clono della rotula e del piede, Babinski, ecc., come è proprio delle lesioni delle vie piramidali: ma sono fondamentali i sintomi pertinenti alle lesioni del suaccennato sistema miostatico di Strümpell. Tale ipertomia muscolare (per deficiente neurotono centrale moderatore e regolatore di quello dei muscoli agonisti e antagonisti del corpo), porta ad una rigidità muscolare miostatica, rilevabile tanto nel riposo che nel movimento: con conseguente sensazione di resistenza, e di difficoltà motoria. Deriva pertanto da tale rigidità di natura miostatica una ipoattività motoria solo in apparenza paralitica, ed insieme una incertezza e incoordinazione nei movimenti.

Deriva cioè *pseudo-paralisi* in quanto i movimenti sono bensì molto lenti, ritardati, inceppati, vi ha fissità mimica e oculare, rigidità dei movimenti degli arti e del tronco, specialmente a carico di quelli associati ed automatici su ricordati, e i malati si astengono quanto più possono da ogni movimento volontario per la sensazione di difficoltà che avvertono: mentre poi la funzione dinamica del movimento volontario è ben possibile, ed è per se stessa integra. Da tale ipertonia derivano rigidità muscolari differenziabili dalle contratture per lesione del fascio piramidale, in quanto non sono precedute da *ictus* e da paralisi flaccida come nelle sindromi spastiche comuni; non sono, per l'intensità, vere contratture, bensì rigidità ipertoniche, generalmente non molto pronunciate, resistenze non gravi che si lasciano facilmente vincere passivamente, ed anche per movimenti attivi-volontari; e l'ipertonia è egualmente distribuita, tanto nei muscoli flessori che negli estensori.

In questi malati trattasi generalmente di sindromi parkinson-simili più che parkinsoniane; mancando generalmente il caratteristico tremore parkinsoniano, mentre vi è spesso una più estesa e polimorfa coorte di sintomi, per lesioni concomitanti a varia sede: quali disturbi del sonno, torpore mentale, alterazioni nella affettività e nel carattere, stato di acinesia volontaria sino all'arresto psicomotorio ed alla catatonia, neuralgie, miocloni, eventuali disturbi pupillari, ecc., non pertinenti al tipico Parkinson.

Le caratteristiche della ipertonia extrapiramidale e miostatica propria di questi malati, generalmente a funzioni miodinamiche per se stesse integre, malgrado la loro rigidità e lentezza abituale che farebbe a primo aspetto supporre il contrario, rendono ragione della cinesia, all'apparenza paradossa, di cui sono capaci quando si tolgano dal loro stato abituale di inerzia, psicomotoria, dovuta al senso di resistenza che trovano nei movimenti; e quando, per vincerla, mettono vivamente in attività le loro funzioni miodinamiche essenzialmente integre. Vivacemente, in quanto occorrono attività alquanto intense per vincere completamente la non grave rigidità e l'inceppamento della ipertonia di natura miostatica. Quindi: corsa, salto, ballo, riso, canto, stati emotivi con reazioni mimiche e miodinamiche generali, con vivacità di gesto e di sguardo, bicicletta, ecc.

Si tratta quindi di cinesie transitorie contrastanti con la acinesia abituale; ma solo in apparenza paradosse, e spiegabili con l'esame del substrato anatomico e patogenetico della sindrome motoria amiostatica in questione.

Interessante è la sindrome presentata dal

malato Nannetti: in cui sono peculiari i disturbi a carico dei muscoli del respiro, questi del resto già osservati da *Ponticaccia* (*Giornale di Clinica Medica*, vol. II, n. 10): consistenti in una ambascia respiratoria, per la sensazione di difficoltà inspiratoria dovuta alla ipertonia ed alla resistenza dei muscoli inspiratori, compreso il diaframma. Ora il soggetto, per la difficoltà che avverte in una funzione così essenziale, non si comporta di fronte ad essa con l'inerzia e la inattività motrice con cui si adatta alle resistenze miostatiche presentate nei muscoli degli arti, del tronco e della mimica; ma neutralizza le resistenze stesse con una iperattività della funzione respiratoria volontaria, cioè con una polipnea quasi continua ed abitudinaria.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMIOLOGIA.

Il problema del nistagmo.

(R. CORDS. *Münch. med. Wochenschrift*, n. 9. 1922).

I movimenti dei bulbi sono regolati da due diversi meccanismi (apparato dello sguardo e apparato di fissazione) anatomicamente e fisiologicamente distinti. Se l'immagine di un oggetto che ha richiamato l'attenzione viene a colpire le parti periferiche della retina, involontariamente i bulbi compiono dei movimenti tali da dirigere le due fovee verso quell'oggetto.

Gl'impulsi visivi condotti dalle fibre che partono da qualsiasi punto della retina all'infuori della fovea, alla regione calcarina, determinano, per vie che da qui attraverso la radiazione ottica motoria, il segmento posteriore della capsula interna e il peduncolo cerebrale arrivano al ponte e da quì dopo essersi incrociate vanno ai muscoli oculari, delle contrazioni di quei muscoli che volgono i bulbi (di tutti e due gli occhi se anche lo stimolo visivo colpisce uno solo) nella direzione necessaria perchè l'immagine dell'oggetto cada sulla fovea.

Analoghi a questi movimenti riflessi sono i movimenti oculari volontarî, quando coscientemente si dirige lo sguardo verso un oggetto. Tutto questo meccanismo, che sia per riflesso sia per impulso volitivo regola i movimenti dell'occhio è stato da Pertz denominato « apparato dello sguardo »; le cellule gangliari centro del riflesso costituirebbero i « centri dello sguardo ». L'immobilità dei bulbi quando una volta la fovea è diretta verso l'oggetto guardato è reso possibile per mezzo di un meccanismo riflesso, le cui vie conducono gli stimoli visivi dalla fovea alla fessura calcarina, e da quì per le fibre associative al centro di fissazione, sito nel piede della 2ª circonvoluzione frontale. Da questo centro partono le vie che attraversano il segmento anteriore della capsula interna e conducono « gli impulsi di fissazione » ai muscoli oculari dando ad essi tutti un'eguale innervazione tonica, così da fissare i bulbi in ogni determinata direzione essi si trovino.

Determinate condizioni fisiologiche e in special modo degli stati patologici ,turbando uno o tutti e due i detti meccanismi provocano talvolta dei movimenti oculari ritmici (nistagmo) o a guisa di pendolo, oppure a scatto (movimento lento in una direzione, seguito da un movimento a scatto nella direzione opposta).

A) Condizioni fisiologiche: 1) riflessi. Seguendo con lo sguardo una serie di oggetti che rapidamete si susseguono nella stessa direzione non appena percepito uno degli oggetti, l'attenzione è attratta da quello successivo e così via. L' « apparato dello sguardo » determina perciò dei continui movimenti oculari, onde dirigere le fovee all'oggetto che istante per istante attrae l'attenzione (nistagmo a scatto, ottico-motorio): 2) movimenti volontarii. Se si volgono i bulbi nelle posizioni estreme laterali per fissare un oggetto, dopo poco tempo i muscoli tesi si stancano, e i bulbi deviano leggermente; è necessario un nuovo « impulso dello sguardo » per fissare l'oggetto. Il susseguirsi rapido di queste deviazioni e nuove fissazioni costituiscono il nistagmo a scatto, che si può osservare nel 60 % degli individui normali.

B) Stati patologici: 1) Mancato od insufficiente sviluppo dell'« apparato di fissazione ». Se la retina non percepisce o percepisce poco gli stimoli visivi, necessariamente manca il riflesso di fissazione dell'occhio. Così nei ciechi (frequente il nistagmo) e così negli individui la cui vista si è fortemente indebolita nei primi tempi della vita (precoci opacamenti della cornea, cataratta congenita, miopia forte precoce, astigmatismo, corioretinite, atrofia pigmentosa della retina) si osserva un nistagmo a guisa di pendolo, che nello sguardo laterale diviene un nistagmo a scatto. Analogamente si osserva nistagmo a guisa di pendolo negli albini, nei quali non si sviluppa anatomicamente la fovea e negli individui af-

fetti da irideremia o da coloboni maculari bilaterali. Allo stesso gruppo (per l'assenza degli stimoli che provocano il riflesso di fissazione dei bulbi) appartiene il «nistagmo da oscurità» che si sviluppa in animali tenuti all'oscuro nelle prime 2-4 settimane di vita e che si può osservare nel periodo invernale nei piccoli bambini che abitano case molto oscure e che frequentemente colpisce i lavoratori delle cave di carbone (scarsa luce; dinanzi agli occhi, solo degli ammassi di minerale scuro senza che nulla possa costituire uno stimolo visivo tale da provocare un riflesso).

Tutte le dette forme di nistagmo patologico la cui causa risiede entro l'occhio stesso, rappresentano il nistagmo oculare. Si può avvicinare a queste forme il nistagmo latente. che si manifesta coprendo uno degli occhi, nell'altro occhio. Sarebbe dovuto ad anomalie congenite dei meccanismi regolatori.

2) Lesioni che impediscono qualcuno dei movimenti oculari. Nelle paresi dello sguardo che si osservano nelle lesioni bulbari o pontine esiste un nistagmo a scatto diretto verso la sede della lesione; nelle paralisi complete manca naturalmente il nistagmo.

Questo «nistagmo da paresi dello sguardo» verrebbe determinato da lesioni interessanti i gruppi cellulari ipotetici costituenti i centri dello sguardo, oppure le fibre dei cordoni longitudinali posteriori che conducono gli impulsi dello sguardo; tale forma di nistagmo si osserva nella sclerosi a placche e nell'encefalite epidemica. Più raro è il nistagmo da «paresi muscolare»; esso si manifesta talvolta se il bulbo deve venir mosso nella direzione del muscolo oculare paretico. Mentre nei casi finora nominati le vie che dalla corteccia vanno al centro delle sguardo sono normali (lesioni periferiche o del centro dello sguardo) in altri casi è appunto una lesione di queste vie la causa del nistagmo (insufficiente conduzione degli stimoli di fissazione); così nelle lesioni del piede della seconda circonvoluzione frontale che provocano il fenomeno della deviazione coniugata degli occhi (via del focolaio se esiste solo irritazione, verso il focolaio se esiste paralisi: il fenomeno è determinato da una asimetria degli impulsi di fissazione): se il malato non è incosciente cerca di eliminare la deviazione degli occhi per mezzo di movimenti volontari dello sguardo, ciò che determina un nistagmo a scatto.

3) Nistagmo vestibolare. L'apparato vestibolare serve a rendere indipendenti dai movimenti del capo, le posizioni degli occhi; il meccanismo è basato sulla circolazione dell'endolinfa nei canali semicircolari. Varii metodi di eccitazione del nervo vestibolare (irrigazione del condotto uditivo con acqua fredda, eccitazione galvanica, ecc.) provocano negli individui normali un nistagmo. Il nistagmo vestibolare può venir determinato da lesioni del labirinto, del nervo vestibolare, dei nuclei del vestibolare e delle loro fibre di congiunzione (sindrome di Ménière, tumori pontini o dell'acustico, siringobulbia). POLLITZER.

CHIRURGIA.

I metodi più semplici dell'ano artificiale nel cancro del retto.

(V. PAUCHET e Q. LUQUET. *Paris médical*, n. 25, 24 giugno 1922).

Il metodo di cura del cancro del retto, che sembra attualmente il più radicale, consiste nell'exeresi addomino-perineale, sei settimane dopo l'applicazione del radio. Questo metodo offre la probabilità di risultati lontani migliori del metodo perineo-sacrale, ma ha il difetto di essere più grave; gravità che si accentua nei soggetti obesi, negli uomini più che nelle donne e in coloro che hanno superato la sessantina. L'exeresi del cancro del retto è dunque ancora un'operazione grave e che va quindi eseguita nell'enorme maggioranza dei casi in due tempi.

In un primo tempo verrà istituito un ano iliaco artificiale: *a*) per sopprimere la stercoremia, l'infezione e lo scolo del materiale purulento; *b*) per rendere più facile l'applicazione del radio; *c*) per sopprimere gli incidenti propri alla colostomia.

La colostomia iliaca è senza dubbio un'operazione facile ma non scevra di complicanze: cattivo funzionamento dell'ano; infezione della ferita; retrazione del moncone intestinale nell'addome; stenosi secondaria dell'orifizio, ecc. Quindi questa operazione — delicata, la si potrebbe chiamare — non deve andar aggiunta ad un'altra così grave quale l'amputazione addomino-perineale del retto. Quindi attualmente nel cancro del retto 5 volte su 6 si può seguire questa regola: 1° Ano iliaco definitivo; 2° 15 giorni dopo, applicazione del radio; 3° 6 settimane dopo, exeresi del retto. In tutto 2 mesi.

L'esperienza di varii, anzi innumerevoli metodi proposti per la costituzione dell'ano artificiale fa concludere che i migliori sono i più semplici.

Due sono i metodi cui si può ascrivere questo appellativo: quello di Maydl-Reclus che consiste nel condurre il colon iliaco a traverso

una bottoniera muscolare e cutanea e a mantenerla al di fuori mediante un sostegno rigido passato nel meso; 2° Quello di Andry modificato da Jeannel che sostituisce al sostegno rigido un lembo di cute.

La scelta del processo dipende da una quantità di fattori, poichè per la chirurgia dell'ano artificiale come per tutta quella intestinale esiste come per tutta quella intestinale esiste la chirurgia per gli individui obesi e per quelli magri, per i deboli e per i resistenti: d'altra parte si può aver da fare con un malato in istato di occlusione oppure no.

Vale la pena di riferire, dopo queste considerazioni d'indole generica, i metodi un poco più per esteso tanto più che ai singoli tempi sono aggiunte delle considerazioni personali dell'A. dettate dalla propria esperienza in proposito.

1° Metodo di *Reclus*. Incisione di Mac Burney a sin.: ricerca dell'ansa e sua esteriorizzazione; passaggio attraverso il meso di un sostegno rigido qualsiasi (bacchetta di vetro), (Pauchet adopera personalmente un istrumento composto di due tubi che si infilano uno con l'altro e che permette una lunghezza modificabile a volontà (Vedi *Pratique Chir.* fasc. IV).

La ferita cutanea viene ristretta con alcuni punti: l'intestino punto l'indomani per il passaggio dei gas: qualche giorno dopo aperto largamente per la fuoriuscita delle materie fecali. Il sostegno rigido deve rimanere in posto almeno 15 giorni per assicurare la funzione e la stabilità dello sperone.

2° Metodo di *Jeannel*. Incisione a livello della fossa iliaca sinistra della cute a Ω con 3 cm. di lunghezza per 2 di larghezza. Si disseca il lembo a base esterna col sottocutaneo, in modo da esser certi della sua vitalità e lo si ribatte in fuori; 2° Incisione dell'aponeurosi del grande obliquo secondo la direzione delle fibre per una lunghezza non inferiore a 7 cm. per non intralciare le manovre e per non rischiare lo strozzamento secondario dell'ansa esteriorizzata; 3° Dissociazione trasversale del piccolo obliquo e trasverso; 4° Apertura del peritoneo pure in senso trasversale; 5° Ricerca dell'ansa sigmoide che viene attirata al di fuori attraverso l'orifizio. Se non venisse facilmente bisogna esaminare la faccia esterna del meso: vi si constata quasi sempre la presenza di una briglia cicatriziale che va alla fossa iliaca: sezionandola, il meso si lascia attrarre facilmente dalla ferita. Questo è un particolare importante sul quale va posto sempre attenzione; 6° Ricerca del punto ove stabilire l'ano. A questo scopo bisogna esercitare delle trazioni sul tratto superiore dell'intestino fin che questo si lascia trarre. Non bisogna credere che sia buona pratica collocare più basso possibile la colostomia, affinchè si formi, al di sopra, una tasca per ristagno delle materie fecali: le colostomie così praticate spesso funzionano male; 7° Si perfora il meso, rispettando le arcate vascolari, dal di dentro verso il di fuori e si fa passare, attraverso la breccia così creata, il lembetto cutaneo fissandolo con sei punti di sutura al margine opposto della ferita; 8° In alto e in basso la ferita cutanea viene ristretta con qualche punto cutaneo, mentre che nè sull'ansa nè sul piano muscolo aponeurotico va messo alcun punto. Bisogna guardarsi solo di non restringere troppo l'apertura cutanea poichè la funzione dello sfintere va fatta dai muscoli e non dalla pelle.

Cure consecutive. Non appena il paziente sarà infastidito dai gas, pungere l'intestino. Il malato potrà bere a suo piacimento fin dai primi giorni, ma la sua alimentazione solida sarà limitata.

L'intestino sarà sezionato il più tardi possibile, ma non oltre i dieci giorni poichè dopo questo termine il ristabilimento del circolo fecale è penoso: nel caso verrà agevolato da qualche leggero purgante e da qualche clistere. Una volta guarito il malato da questo intervento bisognerà educarlo, se possibile, a rendere continente il suo ano. A questo scopo il malato due volte il giorno praticherà nel suo nuovo ano un clistere che cercherà di trattenerlo il più a lungo possibile, contraendo la parete addominale e aiutandosi, al bisogno, con un tampone per occludere l'orifizio. Praticherà utilmente ginnastica addominale e massaggio. In 2 mesi il paziente sarà in grado di regolare perfettamente la sua fistola.

Complicazioni: Sono poco numerose. La ferita può infettarsi per una apertura prematura dell'intestino. Bisogna allora aver cura nella pulizia della piaga e attendere che guarisca per 2ª, ma il risultato sarà meno buono, perchè sarà compromessa la continenza dell'ano. Se la ferita cutanea è stata troppo ristretta bisognerà far saltare il ponte cutaneo.

Come verrà trattato il moncone inferiore dell'intestino? L'exeresi addominale verrà poi preceduta da un piccolo intervento, che consiste in un'incisione circolare della pelle intorno all'orifizio cutaneo inferiore, seguita dalla trazione dell'intestino il quale, una volta attratto fuori della ferita, verrà schiacciato, suturato a borsa di tabacco e affondato nel ventre. La bottoniera verrà chiusa con un punto di sutura a tutto spessore delle pareti addominali seguita dall'incisione mediana sottombelicale solita.

MINGAZZINI E.

PATOLOGIA GENERALE.

Gli endoteliomi, gli angiosarcomi, i cilindromi. (Quello che ne resta).

(D. VAN DUYSE. *Le Scalpel*, n. 24, 17 giugno 1922).

Il presente articolo così intitolato tende a stabilire rapidamente le opinioni successivamente emesse sulla natura dei tumori detti «endoteliali», e a determinarne la situazione attuale. Non si può negare come la serie dei tumori compresi sotto la sopradetta denominazione sia estesa e complessa e come, per la maggior parte, appartenga al dominio della oftalmologia.

Il termine di *endotelioma* è dovuto a Golgi (1869) ed è stato conferito da molti autori a quei tumori che apparivano costituiti da cellule che tappezzano normalmente gli spazi e i capillari linfatici o sanguigni. Tale teoria ha avuto molti sostenitori. Ribbert che la ha abbandonata per quasi tutte le localizzazioni la manteneva ancora e la mantiene tuttora per gli endoteliomi della dura madre.

«*Angiosarcomi*» e «*endoteliomi*» sono sinonimi. L'angiosarcoma corrisponde all'idea di un sarcoma nato dalle cellule connettivali intravascolari: gli endotelii.

Kolakzek (1878) ritrovava negli angiosarcomi, gli endoteliomi jalogeni di Klebs, avendo Klebs attirato l'attenzione degli osservatori sulle trasformazioni jaline così frequenti in questo genere di blastomi. Per poco che i tumori di cui si era sostenuto la genesi endoteliale avessero l'andamento maligno si creavano i termini di «carcinoma endoteliale», di «sarcoma carcinomatode» (Sattler) «*di carcinomi che non lo erano*».

La moltiplicazione dei nomi derivava anche da altri fattori, quali la distribuzione vascolare (sarcoma plessiforme), la natura delle immagini (sarcoma alveolare), la modalità dello stroma (mixo-sarcoma), ma il giorno in cui fu stabilito che le cellule componenti questi tumori erano «dei discendenti dell'epitelio» i vari termini di endotelioma, angiosarcoma e d'angiosarcoma si trovarono compromessi. A risolvere la questione così battuta se cioè si dovesse trattare di endoteliomi o epiteliomi, Volkmann (1895), in uno studio assai documentato, concluse doversi trattare di neoplasmi *a genesi endoteliale*, mentre che Hinsberg (1899) ne difese poi la natura fibro-endoteliale.

Borst che sottoscrive ancora, nell'ultimo trattato di Aschoff, alla tesi di Volkmann sostiene la necessità di istituire la diagnosi di endotelioma «per esclusione», ciò che può veramente sembrare ardito quando si abbia presente la variabilità ed il polimorfismo delle cellule epiteliali, rilevate in alcuni di questi blastomi.

Krompeker malgrado la legge della specificità delle cellule avanzò le sue vedute sulla desmoplasia (quella forma cioè di metaplasia che farebbe assumere alle cellule epiteliali i caratteri di quelle connettivali: spiega V. Duyse); ma è certo che in questo modo non si porta chiarezza nella soluzione del problema proposto.

Ma la somiglianza appunto di alcune delle cellule epiteliali, le piatte ad es., e le endoteliali è la causa di una gran confusione che è tornata a svantaggio di una esatta classificazione. Infatti alcuni tumori descritti e disegnati come endoteliomi rivelano al primo sguardo la natura epiteliale (Epit. baso-cellulari).

Un'altra causa d'errore si deve ricercare nel polimorfismo dello stroma che può essere ora fibroso, ora connettivale o mixosarcomatoso; o con delle modificazioni sarcomatose jaline della sostanza fondamentale e dei vasi. Tra queste ultime neoplasie così modificate ritroviamo i «*cilindromi*» nome che è derivato dai cilindri o da altre conformazioni jaline dello stroma trasformato, ma d'indole secondaria, e che deve andare abbandonato. Si riteneva da molti che i cilindromi fossero sarcomi o endoteliomi jalogeni: oggi invece si tende ad ammetterne senz'altro la natura epiteliale, e si applica loro, in quanto tumori atipici, l'appellativo di carcinomi volendo con ciò significare specialmente la malignità relativa, lo sviluppo lento, la recidiva frequente, la metastasi eccezionale.

La disposizione tubulare giustifica la denominazione di epitelioma tubulare (Ranvier), di carcinoma basocellulare (Krompecher), e di carcinoma non cheratinizzante (adenogeno) di Ribbert.

Questi tumori si ritrovano frequentemente nella faccia, in ispecial modo nelle glandole salivari e lagrimali. In queste regioni ritroviamo ancora i tumori misti facenti parte delle produzioni ecto-meso-endodermiche e di cui l'andamento organoide è dovuto alla presenza dell'epitelio.

Tutti questi «endoteliomi», «angiosarcomi», «cilindromi», ecc. sono caratterizzati da una deficiente cheratinizzazione e mostrano una struttura propria delle formazioni glandolari.

Vi si vede infatti di frequente la disposizione a fuso delle cellule epitelioidi come nel sarcoma fuso-cellulare, ma nello stesso tempo, per la disposizione perpendicolare degli epite-

lii addossati allo stroma connettivale, vi si nota un carattere *prettamente epiteliale.*

I campi epiteliali, lobuli multiformi con prolungamenti e anastomosi con cheratinizzazione discreta e disseminata con lacune dovute alla trasformazione mucosa degli epitelii, mostra un intimo rapporto con connettivo sì da meritare l'appellativo di tumore fibro-epiteliale.

Anche nel ganglio carotideo è stato descritto un *peritelioma*, cioè un endotelioma perivascolare; denominazione che sembrerebbe giustificata dalla disposizione radiale delle cellule cilindro-cubiche intorno ai vasi; ma appunto questa disposizione a mantello è propria delle cellule epiteliali dei paragangliomi.

In questo modo gli « endoteliomi », i « cilindromi », ecc. debbono trovar posto tra i *tumori epiteliali atipici.* Gli « endoteliomi della dura madre » che rimangono l'unica localizzazione, secondo Ribbert, di questi tumori debbono anch'essi andar considerati come « carcinomi non differenziati » (Fick); poichè facendo astrazione da alcuni elementi secondarii quali le concrezioni calcaree, si nota facilmente che i cordoni cellulari assumono volentieri una configurazione adenoidea di tubi pieni separati, come sono, da una sostanza connettivale fibrillare.

Specialmente isolate, l'analogia di quelle cellule con le epiteliali è innegabile. D'altra parte però non è possibile nascondere come in alcuni casi patologici le cellule epiteliali si assomiglino straordinariamente a quelle connettivali, sì che neanche morfologicamente è possibile distinguerle: dal punto di vista embriologico e di quello della dottrina della desmoplasia la questione rimane spinosa e ancora insoluta.

D'altra parte questa difficoltà viene superata ammettendo con Hertwig che i tumori dei rivestimenti sierosi siano di origine epiteliale e che dall'epitelio e non dai vasi (connettivo) abbiano origine i neoplasmi della dura madre. Fick è partigiano dell'esistenza di un germe epiteliale incluso nelle meningi che deriverebbe a sua volta dall'epitelio delle villosità coriali.

In conclusione bisogna far tabula rasa delle innumerevoli denominazioni date a tutti quei tumori la cui localizzazione è stata più volte ricordata e ammettere invece la loro natura fibro-epiteliale a carattere atipico, *carcinomi cioè con le loro modalità costitutive* e *degenerative del parenchima e dello stroma.*

MINGAZZINI E.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Azione e significato di certi microbi acetonogeni isolati dalle feci di diabetici.

(PH. PAGNIEZ. *Presse médicale*, 5 agosto 1922).

In un lavoro comparso recentemente sul *British med. Journ.* A. Renshaw e T. Fairbrother annunciano di avere isolato dalle feci dei diabetici un microorganismo a cui hanno dato il nome di *B. amyloclasticus intestinalis;* esso decompone i mezzi all'amido, dando acido ossibutirico, acido diacetico, alcool butilico, acetone. Detti autori hanno iniziato i loro studî sulla flora microbica dei diabetici, non già partendo da considerazioni cliniche, ma spinti dalla conoscenza dei fatti sperimentali ed industriali riguardanti certi microbi acetonogeni. Già da tempo, difatti, alcuni batteriologi avevano isolato, specialmente da vegetali imputriditi dei microbi del tipo *amylobacter* ed altri che, in mezzi adatti, producono acetone ed alcool; uno di questi è stato utilizzato per la produzione industriale dell'acetone, ed ha permesso di produrne con questo mezzo migliaia di tonnellate durante la guerra.

Da questi dati, i due AA. citati sono partiti per le loro ricerche. L'isolamento del *B. amyloliticus*, però è non agevole nè breve: le feci, dopo diluite con soluzione fisiologica, vengono insemenzate su terreni a base di riso e di farina d'avena, che, prima della sterilizzazione, sono portate all'ebollizione per un certo tempo allo scopo di gelatinizzare l'amido. Dopo 1-3 giorni la coltura viene diluita, portata a 75°-80° per separare le spore ed insemenzata sopra un terreno solido, di composizione analoga a quello di cui sopra; le colonie isolate vengono pescate e seminate in mezzo liquido. La fermentazione non tarda a svilupparsi con produzione di gas, di acetone, di alcool butilico, ecc.

Il germe isolato è un bacillo lungo 4-6 μ, gram-positivo, anaerobio facoltativo, sporigeno, a spore centrali, ovalari; può essere isolato od in catenelle; nelle colture giovani è leggermente mobile: si colora con colori basici: produce un fermento diastasico che decompone l'amido ed uno proteolitico, che liquefa la gelatina. È stato isolato 7 volte su 9 casi di diabete (in tutti questi vi era acetone nelle urine ed acetone nelle feci), mentre in 11 individui non diabetici le rierche sono state infruttuose.

***

Per quanto riguarda la relazione tra tale germe ed il diabete non si possono che formulare delle ipotesi. Gli AA., che l'hanno isolato, ritengono che esso (od un germe analogo) dia

origine nell'organismo agli stessi prodotti che nelle colture e, che questi, specialmente gli alcool, potrebbero agire sul fegato, investirne in qualche modo la funzione glicogenica ed essere quindi causa della iperglicemia.

Tale concezione ardita è stata vivacemente criticata. D'altra parte però, altri autori hanno portato nuovi contributi sperimentali sull'argomento. A. Berthelot e Orsait vanno da tempo studiando i batterî aerobî capaci di produrre acetone, attaccando gli idrati di carbonio ed hanno isolato 56 stipiti, appartenenti per lo più al gruppo del sottile e del mesenterico: essi avevano concluso che accanto ai germi anaerobî acetonogeni tanto attivi da permettere l'utilizzazione industriale, ve ne sono altri aerobî ed anaerobî molto diffusi alla superficie di alimenti vegetali, dotati pure, sebbene in minor grado, di potere acetonogeno.

Le ricerche di A. Berthelot e di St. Danysz-Michel hanno poi dimostrato che dalle feci di 32 individui non diabetici non si è potuto isolare alcun germe acetonogeno, mentre da quelle di 22 diabetici, con glicosuria da g. 4.75 a 318, si sono potuto isolare in 17 casi dei microbi acetonogeni, appartenenti a parecchie specie, bacilli, diplococchi, coccobacilli, ecc. La presenza di tali germi potrebbe risultare semplicemente dal fatto della presenza costante nelle ultime porzioni del tubo digerente di diabetici di glucosio, il quale non si trova negli individui normali.

Non è però improbabile che tali germi abbiano una funzione importante; le esperienze di Berthelot hanno dimostrato che facendo ingerire ad un coniglio una forte quantità di coltura di germi acetonogeni, si ottiene una glicosuria (fino a 7 g.) persistente (fino a 5 mesi) accompagnata da diaceturia e, solo una volta, da acetonuria; in altri conigli l'ingestione di tali colture ha determinato ematuria finita con la morte o diaceturia.

Berthelot e Danysz-Michel concludono da queste osservazioni che vi sono dei germi, i quali possono determinare nel coniglio alimentato specialmente con idrati di carbonio, una glicosuria persistente accompagnata da acidosi. Occorrerà però del tempo e saranno necessarie nuove esperienze per arrivare a conclusioni applicabili alla clinica.

***

Comunque queste ricerche, che vengono da autori diversi rimettono a nuovo la questione dell'origine microbica del diabete e del possibile contagio, ipotesi già da tempo formulata ed appoggiata da fatti, altrimenti inesplicabili, come, p. es., il diabete coniugale. Del resto Dominicis, Toepfer e Freund avevano trovate nelle feci dei diabetici delle sostanze diabetogene: Hammerschlag e Kauffmann ne avevano isolato un bacillo, di cui le colture erano diabetogene per il cane ed il gatto: però queste ricerche erano rimaste isolate e non erano state seguite metodicamente. Quelle attuali hanno il merito di riprodurre sotto un nuovo angolo un problema che resta fra i più complicati della patologia ed a questo titolo, indipendentemente dalle speranze che possono suscitare, meritano attenzione. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica e terapia.* X ediz. italiana sulla XXII ed ultima tedesca, 4 vol. in-8, di pag. 451, 415, 324, 639, con fig. e tav. F. Vallardi, ed. Milano, 1922. Prezzo L. 160.

L'opera di Strümpell è favorevolmente nota a tutti i medici che su di essa hanno iniziato i loro studî di patologia medica, e ad essa ricorrono ancora nell'esercizio professionale, ritrovandovi rapidamente, per la lunga consuetudine, l'argomento desiderato ed il consiglio cercato. Non è certo frequente il caso di un'opera scientifica, che in tanto avvicendarsi di teorie, con l'accumularsi di tante nuove acquisizioni mantiene ancora integra dopo 37 anni (la prima edizione è comparsa nel 1883, l'ultima nel 1920) la sua linea fondamentale chiaramente didattica.

Anche l'opera di Strümpell ha seguito però il meraviglioso sviluppo delle scienze mediche e biologiche e si è venuta, nel corso delle edizioni, accrescendo di nuovi capitoli, in modo da renderla il più possibile consona allo spirito dei tempi. E non le è mancato il consenso di studiosi con gli 83.000 esemplari delle edizioni tedesche e numerose traduzioni, fra cui anche in giapponese. In questa edizione sono state fatte aggiunte sul tifo esantematico, ittero emolitico, encefalite epidemica, ecc.; meno rimaneggiati appaiono alcuni argomenti, quali p. e. le malattie del cuore.

La traduzione è dovuta ai proff. A. Rubino, S. Riva-Rocci ed al dott. R. Bonfigli.

fil.

V. GIUDICEANDREA. *Examen de los organos del Pecho e del Abdomen.* Roig ed., Barcelona, Version española de P. Torres.

Noi siamo lieti di notare questo trionfo del manuale del Giudiceandrea, che ha trovato un intelligente traduttore in lingua spagnuola nel dott. Torres. Il volume è il frutto di lungo

amore per il diretto insegnamento agli studenti dell'esame del malato, base di ogni diagnosi clinica e spinta agli esami di laboratorio; l'A. in esso segue il sano indirizzo del metodo clinico antico, di cui purtroppo in qualche scuola si vanno perdendo le tracce. Il traduttore è stato spinto all'opera di divulgazione in Ispagna del lavoro del G. per lo studio in maniera chiara, metodica e completa dei classici procedimenti di esplorazione clinica, tenendo conto del valore che a ciascuno di essa va attribuito. Noi ci auguriamo che il libro in Ispagna abbia un successo meritato, quale ha avuto tra i nostri studenti. *t. p.*

A. BUSSI. *I paratifi*. Studio clinico sperimentale. — Bologna, Stab. Tip. Riuniti.

Si tratta di uno studio completo delle infezioni paratifose, che comprende, oltre alle notizie storiche, una larga trattazione della parte bacteriologica, epidemiologica, etiopatogenetica, clinica, anatomopatologica, profilattica e curativa. Tutta la vasta letteratura sull'argomento, spesso discorde, l'A. ha avuto il grave compito di riscontrare e di riassumere in maniera armonica pur di trarre le note più sicure di bacteriologia e di serologia di clinica e i fatti più salienti dell'anatomia patologica e di terapia.

Ma il compito della monografia non si limita ad opera di sintesi organica, poichè v'è un notevole contributo con 79 osservazioni personali di paratifo *B* e 6 di paratifo *A;* v'è un contributo sperimentale che vale a portare una nota di più nel discusso capitolo dell'intossicazione paratifica. Il volume, che racchiude la moderna letteratura di guerra, importante nell'argomento dei paratifi, è chiuso da una ricca raccolta bibliografica. *t. p.*

GALUP, CASTELNAU ed altri. — *L'Asthme et sa cure hydrominerale.* L'expansion scientifique française, Paris, 1922, pag. 127. Frs. 6.

Dopo il diabete e la gotta, questo è il terzo volume della collana di studi di idrologia clinica, pubblicati da medici di stazioni termali.

Esso comprende sette capitoli: nei primi si tratta la questione degli shoks anafilattici e delle perturbazioni cosiddette endocrino-simpatiche, con speciale riguardo alla influenza che su questi stati morbosi può avere una terapia idrominerale; vengono quindi esposti i dati clinici riguardanti le cure d'acqua in alcune stazioni termali francesi particolarmente accreditate per la cura degli asmatici.

Nella parte generale un argomento così complesso, quale è l'anafilassi, ed una teoria ancora così incompleta, quale è quella della natura anafilattica dell'asma, non possono evidentemente esser trattati che per sommi capi, e con la pura accettazione o ripulsa di teorie e di concezioni.

Nella seconda parte si trovano esaltate le stazioni termali francesi che giovano nello asma, con ricchezza di dati, con brio, con convinzione. *g. sabatini.*

SCHIASSI FRANCESCO. *Il refrattometro per uso clinico.* — In 8° di pag. 42 con 3 fig. — L. Cappelli. Bologna 1922 — Presso L. 3.50.

L'argomento è studiato del punto di vista prettamente clinico, come metodo di indagine, che può applicarsi correntemente al letto del malato. Le variazioni della concentrazione proteica del siero di sangue sono sopratutto legate ai turbamenti del ricambio dell'acqua; da ciò l'importanza di questo studio per tutte le questioni inerenti all'edema dei nefritici.

La monografia è corredata da una bibliografia di 111 lavori. *fil.*

Formulaire Astier. Vade-mecum de médecine pratique. II edizione. Un vol. in-16 di oltre 1100 pag. rilegato in pelle. Vigot Frères e Librairie du Monde médical. Parigi, 1922. — Prezzo 25 fr.

La Casa Astier ha riunito in questo elegante manuale, ricco di dati e di formole, ciò che può essere utile al medico pratico: le grandi medicazioni (chimiche, fisiche, biologiche, psichiche), il trattamento delle diverse malattie sia interne che esterne, la medicina e chirurgia d'urgenza, le specialità, la profilassi e la legislazione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 9 giugno 1922.

Presidenza: Prof. B. ROSSI, presidente.

Blenorragia dei genitali delle bambine.

T. SCOMAZZONI — Esami sistematici endovaginali, praticati coll'uretroscopio di Luys, in bambine affette da blenorragia dei genitali acuta, subacuta e cronica, hanno permesso di rilevare che il processo, specialmente nel suo stadio cronico, non è limitato alla vulva, alla vagina, od all'uretra, ma che esso si propaga spessissimo al canale cervicale e causa al cieco e talvolta ai fornici delle alterazioni, che vanno da semplice infiltrazione fino alla produzione di voluminose vegetazioni, con erosioni e chiazze ecchimotiche. La propagazione del processo gonococcico al canale cervicale è senza dubbio la causa della lunga durata del male e delle frequenti recidive.

Caso clinico di tumore primitivo del Douglas trattato col radium.

A. BERTAZZOLI. — Una donna senza precedenti morbosi prima dei 62 anni, presenta a questa età disturbi vescicali con disuria e necessità di cateterismo da spostamento anteriore dell'utero, per tumescenza del Douglas, che attraverso a colpotomia posteriore si rileva costituita da grosse proliferazioni fisse a forma piramidale facilmente sanguinanti del volume complessivo di una grossa arancia. Impossibile l'intervento radicale, si applica in seguito attraverso alla breccia vaginale un tubetto di radium element. di mgr. 50, racchiuso in filtro d'oro di mm. 0,5 di spessore, rivestito di gomma, che si lascia in posto 24 ore; dopo quasi un mese applicazione di altro tubetto di radium element. di mgr. 25 in filtro di platino di mm. 0,5 di spessore, rivestito di gomma che ancora si lascia in posto per 24 ore; dopo altro mese applicazione di raggi X con irradiazione di tutta la pelvi attraverso molteplici porte di entrata. Alla fine della cura il riscontro vaginale fa constatare scomparsa completa di ogni traccia della tumescenza del Douglas e ripresa normale delle funzioni vescicale e rettale con stato generale ottimo.

Sulla tecnica della resezione gastrica.

G. SOLARO. — Presentazione di un nuovo strumento costituito da una triplice pinza avente una parte mediana a branche robuste, rigide, con funzione di *écraseur,* mentre le laterali, a branche elastiche, servono per la chimostasi. Le branche delle tre pinze sono fra loro collegabili in modo da poter essere maneggiate ed articolate come se si trattasse di un'unica pinza. Effettuata la chiusura di questa e raggiunto il massimo grado dello schiacciamento, grazie alla robustezza e alla conformazione della pinza mediana, si toglie di quest'ultima branca superiore, indi, scorrendo con la punta di un bisturi lungo il solco esistente sulla branca inferiore, si divide lo stomaco. Si asporta poi anche la branca inferiore mediana, ottenendo la reciproca separazione delle due pinze laterali, da ciascuna delle quali risulta allora sporgente una regolare lista di parete gastrica, ridotta alla sola sierosa e presentata nelle più favorevoli condizioni per un prima sutura a tutto spessore che poi, tolta la pinza chimostatica, viene affondata con un sopragitto siero-sieroso.

L'O. illustra con figure e con dimostrazioni pratiche i vari momenti dell'uso della pinza, che facilita e rende più spedito l'atto operativo, sopratutto per la semplicità di manovra e la sicurezza con cui può avvenire la sezione dello stomaco evitando non solo lo spandimento di contenuto, ma la eversione della mucosa e ogni contatto con la medesima, donde vantaggi dal punto di vista dell'asepsi e della esecuzione della sutura dei monconi.

Di un caso di lussazione endopelvica della testa del femore.

E. BERLA. — L'O., premesse alcune considerazioni generali, riferisce di un caso clinico di lussazione endopelvica della testa femorale e presenta delle radiografie che ad esso si riferiscono.

Comunica inoltre il risultato di ricerche eseguite personalmente sul cadavere allo scopo di stabilire meglio il meccanismo di tale lesione.

C. VALLARDI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 7-14 luglio 1922.

Il segno De Giovanni-Zoia nello studio dell'artero-spasmo.

G. SILVANO. — L'O. ha raccolto, in circa 3 anni, un grandissimo numero di sfigmogrammi, con sfigmografo Morelli e Perin, e li ha divisi in tre tipi: 1° tipo nel quale dopo l'eccitazione all'omerale si ha una modificazione di ampiezza del polso alla radiale; 2° tipo nel quale l'eccitazione all'omerale non porta alcuna modificazione del polso alla radiale; 3° tipo nel quale l'eccitazione all'omerale provoca una modificazione del polso alla radiale, non solo di ampiezza ma pure di forma. Egli ritiene che tracciati dal 1° tipo mettano in evidenza una normale contrattilità arteriosa in individui a pressione normale. Quelli del secondo tipo indicherebbero una ipotensione; quelli del terzo tipo sarebbero indice d'una accentuata irritabilità del sistema arterioso, dimostrerebbero cioè una tendenza all'artero-spasmo e conseguentemente all'ipertensione essenziale. Egli chiama col nome di *sintomo di Zoia* queste modificazioni del polso radiale dopo l'eccitazione all'omerale, perchè Zoia fu il primo, in altro campo, a dare la dimostrazione grafica di questo spasmo muscolare della media.

La reazione di Lange in psichiatria, con speciale riguardo all'esame separato del liquor cerebralis (puntura cerebrale) *e del liquor spinalis* (puntura lombare).

E. BRAVETTA. — L'O. ha studiato la reazione dell'oro colloidale, la linfocitosi, la globulinosi, l'albuminosi e la R. di Wassermann nei L. C. R. di 150 ammalati, dei quali 60 erano affetti da paralisi progressiva, 65 da malattie mentali non luetiche, 18 da encefalite letargica e 7 da malattie nervose.

Nei 60 paralitici la R. di Lange dimostrò la caratteristica *curva paralitica* e reazione negativa in tutti gli altri casi, eccetto in un caso di sclerosi in placche e in altro di ascesso cerebrale.

In 13 casi l'O. saggiò contemporaneamente le R. di Wassermann e di Lange col liquor cerebralis e spinalis, ottenendo in entrambe risultati positivi nei paralitici, e negativi negli altri, ma con curva paralitica più intensa nel liquor cerebralis.

L'O. conclude affermando che la R. dell'oro colloidale, o « quinta reazione », è veramente di grande utilità nella diagnosi di paralisi progressiva, perchè dà risultati paralleli a quelli delle «quattro reazioni», ma le supera per sensibilità, semplicità e sicurezza.

La puntura cerebrale nella diagnosi delle demenze.

E. BRAVETTA e A. GATTI-CASAZZA. — Gli OO., dopo avere riaffermato la completa innocuità della puntura cerebrale, se praticata colle dovute cautele, e dopo avere ricordato la grande importanza di tale mezzo di indagine nella diagnosi degli stati demenziali e in particolare della paralisi progressiva (che comporta una prognosi infausta a breve scadenza), illustrano con dimostrazione di preparati un primo contributo di 15 casi di demenza paralitica, nei quali l'esame istopatologico della biopsia cerebrale o la dimostrazione del treponema pallido al paraboloide, indirizzò o corresse in modo certo e sicuro la diagnosi clinica.

Gli OO. sostengono che, nei casi dubbi di paralisi progressiva — tutt'altro che rari, non ostante le più accurate indagini liquorali — il neurologo e l'alienista hanno il dovere di non omettere questo modernissimo mezzo dagnostico.

Di un feto mostruoso per enorme cisti del capo causa di rottura d'utero.

GINO PASQUALE SILVANO. — L'O. riferisce di una donna morta in travaglio di parto per rottura d'utero. All'autopsia eseguita nell'Istituto si trovò libero nella cavità addominale un feto a termine che presentava un'enorme tumore nel lato destro del capo (circonferenza del capo, tumore compreso, cm. 53). Detto tumore è talmente sviluppato da dare l'impressione ci si trovi di fronte ad un caso di mostro per eccesso con due teste riunite al centro.

Gli esami istologici dimostrarono trattarsi di una cisti originatasi in uno dei solchi branchiali esterni e più precisamente dal primo arco branchiale per un difetto di sviluppo all'organo dell'udito. Si ripromette di continuare lo studio del pezzo.

L'esame ultra-microscopico del materiale ottenuto dalla puntura delle ghiandole linfatiche, come sussidio diagnostico della sifilide.

QUATTRINI MARIO. — La puntura della ghiandola, operazione facile a farsi e poco dolorosa (e quindi tollerata dagli ammalati), l'esame del succo, positivo in una forte percentuale di ammalati recente (88.24 %), che non abbiano subito cure generali antiluetiche, sono condizioni che devono far bene accogliere questo metodo di ricerca, anche come indagine parallela ad altre, atta a chiarire e confermare sia un analogo reperto microscopico di una lesione cutanea o mucosa, sia un reperto sierologico.

La supposizione di Droop, che il riconoscimento del treponema pallidum, sia facilitato dall'assenza nelle ghiandole linfatiche di altre spirochete, in contrapposto alla frequente promiscuità, con spirochete pallido-simili negli altri focolai cutanei o mucosi, non può essere accolta che in senso relativo, in quanto che, come risulta da studî antecedenti e dalle nostre osservazioni, anche le comuni spirochete possono giungere alle ghiandole linfatiche.

Osservazioni comparative sul valore diagnostico e clinico della reazione di Wassermann e Sachs-Georgi.

QUATTRINI MARIO. — Queste osservazioni comparative, se vengono dopo molte altre, hanno però il pregio di essere corredate da dati clinici sicuri e di costituire nel loro insieme la statistica più numerosa raccolta sinora in Italia (1263) esami.

L'O. conclude:

1° Il metodo proposto da Sachs-Georgi per la diagnosi della sifilide non dà reazioni specifiche, come non le dà la reazione Bordet-Wassermann-Noisser. Infatti in ambedue i metodi abbiamo talvolta risultati positivi in sieri di individui indubbiamente non luetici.

Dalle nostre esperienze risulta che la differenza di specificità fra i due metodi è minima, ora in favore dell'uno ora in favore dell'altro. Nella lue clinicamente accertata la Wassermann fu positiva nel 96.3 % dei casi, la S.-G. nel 90.8 %. Rispetto alle affezioni di natura certamente non luetica la S.-G. ha dato reazioni negative nel 100 % dei casi, la W. nel 97.06 %.

2° In riguardo alla sensibilità la S.-G. è lievemente inferiore alla W. e ciò specialmente nella lue antica latente, e nelle forme curate intensamente.

3° Per il piccolo costo della reazione proposta da S.-G. per la sua grande semplicità, per la forte percentuale di risultati concordanti fra questo metodo e la reazione originale di W. (93 %), sia nel senso positivo che in quello negativo, noi possiamo affermare che la S.-G. non solo deve essere usata nei laboratori parallelamente alla W., per chiarire risultati dubbi e per dar conferma

alle reazioni certe, ma per la sua facile esecuzione, malgrado qualche difficoltà di apprezzamento, può essere usata dal clinico pratico anche sola nella ricerca della lue.

Sulla cause che determinano l'iperplasia dell'utero durante il concepimento. (Nota preventiva).

G. AMATI. — L'O., facendo seguito ad una nota ultimamente comunicata, sul comportamento della muscolatura dell'utero durante la gravidanza, riferisce i risultati di una serie di esperienze dirette alla ricerca delle cause che determinano la iperplasia dell'utero durante il concepimento.

Salassava conigliè quattro giorni dopo il coito, raccoglieva il sangue in provetta sterile, aggiungeva una soluzione decalcificante (sol. di citrato sodico al 10 %) per evitare la coagulazione ed iniettava circa 10 cmc. di sangue così trattato nella vena marginale dell'orecchio di coniglie sicuramente non fecondate.

Uccisi gli animali 22-24 ore dopo, poteva constatare la presenza di cariocinesi nelle fibro-cellule muscolari dell'utero.

Crede perciò di poter affermare che la causa determinante l'iperplasia dell'utero sia da attribuirsi ad ormoni presenti nel sangue di animali in cui è avvenuto il concepimento.

La natura e la provenienza di questi ormoni non può ancora precisare, per ora si limita a notare il fatto.

Sulle alterazioni nelle cellule ganglionari della retina in seguito a lesioni del nervo ottico.

DONATO CATTANEO. — L'O. comunica alcuni risultati di ricerche indirizzate allo studio dei fenomeni che avvengono nella retina in seguito a lesioni traumatiche sperimentali del nervo ottico. Servendosi di uno speciale metodo di colorazione al nitrato d'argento, trova nelle cellule ganglionari diverse modificazioni neurofibrillari, e tra esse più particolarmente descrive un'alterazione analoga a quella riscontrata da diversi autori nella «malattia di Alzheimer» e che è nota appunto sotto il nome di «alterazione cellulare di Alzheimer». In base a questo reperto l'O. conclude che questa alterazione non si può considerare come una lesione cellulare specifica di una speciale forma morbosa, e che gli elementi nervosi reagiscono alle diverse influenze perturbatrici con alterazioni neurofibrillari che possono essere considerate quali fasi diverse di un processo di metamorfosi regressiva.

Sugli effetti dello strappo delle radici sacro-lombari nei cheloni.

G. BIGNAMI. — L'O. rileva sopra gli elementi nervosi centrali dei fatti notevolmente diversi da quelli constatati dal Pitzorno (*Riv. di Patologia N. e M.*, 1914, fasc. II), dopo lo strappo sui nervi nei chelonidi.

Mentre questi non nota alcuna modificazione a carico delle cellule nervose che perciò potrebbero vivere indefinitamente, anche se le loro connessioni con la periferia dovessero essere completamente interrotte, l'O. osserva in esse i noti e comuni fatti di risentimento, per cui conclude che in questi animali le cellule nervose, dopo traumi sui loro prolungamenti periferici, si comportano come quelle degli altri vertebrati superiori.

Sull'azione diuretica del Novasurol.

A. PERIN. — Confermando i risultati di Hubert, Nonnenbruch, Haggeney e Bruson, l'O. studia l'azione del farmaco noto più che per la sua efficacia contro la sifilide, per la spiccatissima azione diuretica.

L'eliminazione dell'acqua, rapida ed abbondante, è accompagnata da una parallelamente rapida e forte eliminazione dei cloruri. Studia parecchi casi clinici nei quali il medicamento fu usato con ottimi risultati. A. GASBARRINI.

Reale Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 27 giugno 1922.

Presidente: prof. G. B. RIZZO.

Sopra uno speciale ritmo respiratorio in un caso di nevrassite epidemica a forma mioclonica.

Prof. N. PENDE. — In un caso di forma mioclonica pura di encefalomielite epidemica studiato dall'O. esisteva un ritmo respiratorio nuovo, che si può designare come *respiro mioclonico.*

Nel soggetto esisteva un sollevamento ritmico delle ultime coste d'ambo i lati perfettamente sincrono con le mioclonie delle mani (cinquantaquattro inspirazioni al minuto), ed all'esame radiologico si notavano corrispondenti mioclonie di alcune porzioni del diaframma. Il ritmo respiratorio non era punto modificabile con la volontà ed è stato seguito per circa due mesi di giorno e di notte senza alcuna variazione. I tracciati del respiro e delle clonie delle mani dimostrano la sincronicizzazione perfetta dei due fenomeni. Interessante il fatto che il malato presentava, pur in assenza di elevazione termica, una frequenza cardiaca eguale quasi perfettamente al doppio della frequenza respiratoria mioclonica (100-110 pulsazioni al minuto). Il soggetto presentava altri sintomi di compromissione della innervazione vegetativa (sudorazione notturna profusa, poliuria, chiazze angioectasiche cutanee, insensibilità adrenalinica, reazione pilocarpinica intensa).

La presenza di centri vegetativi nel cervello intermedio e nello striato spiega come possano essere turbati dal processo encefalitico anche dei centri respiratori subcorticali.

Sulle correlazioni tra funzione paratiroidea e secrezione enterica.

Dott. CAMILLO ARTOM. — Dal complesso dei fatti riferiti, risulta pertanto che tra funzione interna delle paratiroidi e secrezione esterna dell'intestino esistono correlazioni tali, che all'insufficienza to-

tale o parziale delle paratiroidi conseguono modificazioni profonde della secrezione enterica: queste modificazioni sembrano peraltro suscettibili di un compenso funzionale secondario, quando le paratiroidi sono state solo parzialmente estirpate.

Sul comportamento degli enzimi essicati e sottoposti al calore.

Dott. CAMILLO ARTOM. — Esiste una differenza di comportamento (più o meno spiccata, a seconda dei diversi enzimi) fra enzimi endocellulari ed enzimi extracellulari, essiccati e sottoposti al calore, in quanto i primi mostrano una resistenza maggiore che non i secondi verso l'azione deleteria delle temperature elevate.

Influenza ed encefalite sperimentale.

Prof. G. VOLPINO e dott. S. RACCHIUSA. — Gli OO., inoculando nello spazio sottodurale dei conigli espettorati di bronco-polmoniti influenzali tenuti per un periodo variabile da 5 a 15 giorni in glicerina, hanno ottenuto una encefalite subacuta identica sia per i caratteri clinici, che istologici alla encefalite epidemica. Le esperienze degli OO. riguardano tre casi positivi su cinque, oltre a numerosi controlli fatti con espettorati di individui normali, di ammalati di polmonite franca e di tubercolosi. Nelle lesioni istologiche oltre alle alterazioni identiche a quelle dell'encefalite epidemica (infiltrazione diffusa di mononucleari, manicotti perivasali, cariolisi, plasmolisi, neuronofagia) gli OO. hanno rilevato dei corpi endoprotoplasmatici e dei corpi liberi a forma variabile globosa irregolare, con diametri varii a struttura granulosa, prevalentemente eosinofili. Si riservano per l'avvenire uno studio più completo di queste formazioni. Riassumono così i caratteri di questo virus: non produce cheratite, nè si diffonde dalla cornea al cervello, produce un'encefalite subacuta caratteristica e sempre mortale simile all'encefalite epidemica; non è filtrabile, nè trapiantabile da animale ad animale con la sostanza cerebrale; si trova negli espettorati provenienti dall'albero respiratorio profondo degli ammalati di bronco-polmonite influenzale e può qualche volta, durante le epidemie di influenza, trovarsi attenuato nel muco faringeo di portatori sani (convalescenti, individui che si contagiano senza ammalarsi).

S. RACCHIUSA.

Il II Congresso Nazionale di Storia critica delle Scienze Mediche e Naturali.

Promosso dalla Società dei cultori di tale ramo di studio, questo Congresso si è svolto a Bologna durante i giorni 24-26 settembre, nell'antico teatro anatomico dell'Archiginnasio. Il Comitato ordinatore, presieduto dal prof. Maiocchi, preparò una ricca mostra dell'interessantissimo e raro materiale posseduto dalle biblioteche cittadine e dall'Archivio di Stato, consistente in manoscritti, incunaboli, codici, ritratti, ecc., attinenti al ramo medico, nonchè antichi microscopii e ferri chirurgici e vasi farmaceutici. Questa mostra attirò l'attenzione dei congressisti e fu assai ammirata. Alla seduta inaugurale, numerosissima per intervenuti e notevole per le adesioni di alte personalità, pronunciarono un discorso applaudito il professor MAIOCCHI intorno alla organizzazione del Congresso e alla mostra storica; il prof. BARDUZZI di Siena, presidente della Società, intorno all'opera da questa svolta, rifacendosi alle sue origini; concludendo poi con l'affidare ai giovani il compito di tradurre in atto le aspirazioni della Società, che possono compendiarsi nella rivendicazione all'Italia nel primato delle scoperte scientifiche dei suoi gloriosi maestri, primato troppo spesso carpito o negato da storici stranieri.

I due temi ufficiali segnarono due momenti notevolissimi del Congresso. Il primo, la *chirurgia nella preistoria*, fu svolto dal prof. MAIOCCHI, che mostrò la sua rara e speciale competenza in materia; il secondo, svolto dal prof. CORSINI di Firenze, riguardava l'urgenza di assicurare il *patrimonio storico scientifico italiano e mezzi per provvedervi;* e portò alla votazione di un ordine del giorno proposto dal senatore Rava, e rivolto alla Direzione di Antichità e Belle Arti e al Ministero della pubblica istruzione.

Numerose le comunicazioni, tutte seguite da discussione. Ne notiamo alcune. Il prof. CAPPARONI di Roma ha parlato «sulle preparazioni anatomiche appartenenti a John Evelyor del Collegio reale di Londra»; CHIAPPELLI di Firenze, sull'«esercizio professionale medico nel medio evo»; SABBATANI di Padova, sul materiale che espose nella mostra, consistente in lettere di Luca Ghini, primo fondatore della Cattedra dei semplici in Bologna, e nei «Vasi dell'antica farmacia dell'Ospedale d'Imola»; CASTIGLIONI di Trieste, su «Medici e medicine nella vita di Benvenuto Cellini», su «la farmacia italiana del '400 nella storia dell'arte»; SIMONCINI di Modena, su «La pediatria nel medio evo»; FRANCIONI di Bologna, su «un antico e sconosciuto trattato di pediatria»; BARDUZZI di Siena, sulla «necessità di una edizione popolare delle opere di Galileo Galilei»; GURRIERI di Bologna, segretario generale del Congresso, sul «materiale esistente negli archivi bolognesi e riguardante la storia della medicina»: PICCININI di Bologna, su «Francesco Redi e la farmacoterapia»; ecc., ecc.

L'ultima seduta si è svolta nel grandioso Istituto Ortopedico per invito del direttore prof. Putti, che vi aveva allestito mostre con particolare competenza.

A nuovo presidente della Società, fu eletto il prof. GIORDANO, sindaco di Venezia.

G. M. PICCININI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sulla reazione di Wassermann.

Esistono numerose reazioni più sensibili di quella di Wassermann. Tra queste H. Hecht (*Med. Klin.*, n. 7, 1922) raccomanda un suo metodo attivo descritto nel 1908.

Mentre il metodo originale di Wassermann dovrebbe essere riservato ai casi in cui la diagnosi di sifilide è dubbia (circa il 20 % dei sieri inviati ai laboratori) nei casi in cui la sifilide è sicura per dati clinici a anamnestici (50 % dei sieri) si dovrebbe praticare esclusivamente il metodo attivo. L'A. espone lo schema seguente:

1° Malato sospetto di sifilide; metodo originale e metodo attivo negativo: si può escludere la sifilide con quasi sicurezza; con probabilità, in malati che presentano esantemi sospetti;

2° Metodo originale negativo, metodo attivo fortemente positivo: probabilità di sifilide;

3° Wassermann debolmente, metodo attivo fortemente positivo; quasi certezza di sifilide.

POLLITZER.

Valore semiologico dell' intensità della R. W. nel liquor.

Se ne occupano Cestan e Riser (*Annales de Médecine*, maggio 1922).

La quantità di liquor necessaria per ottenere una R. W. fortemente positiva varia da ½ a 100 e più centesimi di cc.: quanto minore essa è, tanto maggiore è l'indice di positività; esso può subire transitorie modificazioni spontanee in ampi limiti.

Nella paralisi progressiva è generalmente alta, ma non sempre; il trattamento in primo tempo lo eleva, poi l'abbassa di poco. Caratteristica della P. P. è la rigidità della curva d'intensità della R. W., e dell'iperalbuminosi, nonostante il trattamento, il quale riesce invece presto ad ottenere una acitosi temporanea (per 2 a 8 settimane).

Nell'arterite cerebrale e nelle meningiti sifilitiche acute o croniche senza P. P. nè tabes nè mielite, l'indice di positività della R. W. può essere elevato o minimo, ma nella maggior parte dei casi mercè la cura arsenicale diminuisce fortemente e durevolmente, spesso fino alla negatività: tuttavia alcune volte non si modifica notevolmente.

Nella meningomielite vi sono casi con indice fisso e casi con indice labile che si abbassa dopo cura arsenicale, residuando però una iperalbuminosi o una ipercitosi.

Nella tabes l'indice di positività è generalmente basso, e di solito cade lentamente con le cure arsenicali. In parecchi casi R. W. e R. di Guillain (benzoino colloidale) furono ripetutamente negative.

Gli AA. concludono che non è possibile un diagnostico differenziale delle affezioni sifilitiche del sistema nervoso basato sulla sola intensità della R. W. nel liquor; essa potrà servire a differenziare alcune forme di arterite cerebrale dalla paralisi progressiva.

DORIA.

CASISTICA E TERAPIA.

Gravidanza e tubercolosi.

Il problema dei rapporti fra gravidanza e tubercolosi polmonare, oggetto in ogni tempo di studi, è stato spesso risolto in modi differenti. Fino alla metà del XIX secolo, si credè che la tubercolosi agisse in modo utile sulla gravidanza, in seguito furono riportate osservazioni di tubercolosi aggravate dall'evoluzione della gravidanza onde si fece sempre più larga strada l'idea della interruzione artificiale della gravidanza giudicata nefasta.

Dumarest e Brette dalle proprie osservazioni sono condotti ad affermare che se in numerosi casi l'evoluzione bacillare è aggravata ed accelerata dalla gravidanza e specialmente dalle ripetute gravidanze, è rimarchevole il fatto che in alcuni casi la gravidanza sembra non solo aver avuto nessuna influenza, ma ancora meglio, aver influenzato favorevolmente e nel modo più netto l'affezione.

Dumarest e Brette riportano 15 osservazioni simili (*La Presse médicale*, n. 49, 1922): in esse la gravidanza, anche ripetuta è stata inoffensiva ed anche nettamente favorevole; tali osservazioni si associano a quelle di Lassègue, del Bouchut, del Teçon.

Se si indaga sul meccanismo di tale apparente paradosso, ci convinciamo anzitutto che poco probabile è l'ipotesi di modificazioni umorali suscettibili di influenzare lo stato polmonare apportate all'organismo dalla gravidanza. Sopravvengono forse modificazioni nella funzione delle ghiandole a secrezione interna ed in particolar modo a carico della tiroide? Esperienze recenti dimostrano che nella donna tubercolosa le fasi di ipertiroidismo cui va in-

contro durante la gravidanza, sono vere fasi di aggravamento della malattia. Secondo gli AA. il miglioramento di una tubercolosi polmonare deve mettersi in rapporto con le mestruazioni. Quasi tutte le donne presentano durante i dieci giorni quasi, che precedono le mestruazioni, una elevazione della temperatura che cessa con lo stabilirsi del flusso mestruale; alcuni malati hanno delle emottisi mestruali che si ripetono con tenace regolarità, altri una vera *poussée* evolutiva con graduale estensione delle lesioni nel periodo mestruale; nel corso del pneumotorace terapeutico sono frequenti le pleuriti mestruali. Nella gravidanza al contrario la soppressione delle regole è di ordine puramente fisiologico e non richiama, quindi, alcun fatto di supplenza. Premesso dunque la difficoltà di darci una spiegazione del perchè il meccanismo della mestruazione favorisca l'evoluzione della tubercolosi, quali sono le condizioni indicanteci una buona influenza della gravidanza sulla tubercolosi? Un valore incontestabile ha all'uopo il criterio della resistenza e della forma evolutiva delle lesioni: molti dei casi degli AA. ad esito felice, riguardano tubercolosi fibrose ad evoluzione torpida; in casi simili non vi è dunque da esitare per l'autorizzazione all'evoluzione della gravidanza. Con tale base di apprezzamento noi potremo sempre in presenza di un dato caso, adottare una decisione logica.

Quel che gli AA. non ammettono è l'aborto. Infatti, o il caso è favorevole: il malato sembra ben sopportare l'iniziata gravidanza, ed allora la provocazione dell'aborto si risolve in un disastro per la madre nel più gran numero di casi; o l'evoluzione bacillare è grave, ed allora l'aborto che uccide il bambino non salverà la madre. Il parto prematuro, secondo l'A. non è da permettersi che in un solo caso: allorchè il nascituro potrà vivere e la madre sia in procinto di morire. In altri termini, se la tubercolosi della madre è grave, la condotta migliore è sempre quella che salva il bambino; se è benigna, l'aborto cosidetto terapeutico costituisce un crimine. Ricorderemo quel che dice Rist: poichè la diagnosi di tubercolosi è oggidì fatta da un gran numero di medici, ed in tutti i paesi, con una leggerezza tale e con criteri così fragili che la proporzione di errori di diagnosi va divenendo inquietante, dare al medico un bianco segno in materia di aborto per sospetta tubercolosi, significherebbe aprire la porta agli abusi più riprovevoli.

MONTELEONE.

Gravidanza in amenorroiche.

R. Hofstätter (*Medizinische Klinik*, Berlin, 18-30 aprile 1922) vuol studiare in alcuni casi di gravidanza in amenorroiche se durante la amenorrea vi è o no ovulazione e fa osservare che in quasi tutti i casi da lui veduti vi erano condizioni speciali facilitanti la gravidanza.

Nei suoi 11 casi infatti vi erano anteriori gravidanze e s'erano migliorate le condizioni di vita e d'alimentazone, che erano state le cause prime dell'amenorrea, in modo che senza la subentrata gravidanza si può supporre che sarebbero ricominciati i periodi mestruali.

Per i casi di gravidanza in amenorroiche osteomalariche dell'A. e della letteratura l'A. crede che per disfunzione ovarica ed atrofia della mucosa uterina vi sia stata una ovulazione senza perdita di sangue.

Anche nei casi di gravidanza in cui non v'era stata mestruazione ma fenomeni vicarianti l'A. crede si tratti di anormale funzionamento del corpo luteo con mucosa uterina atrofica.

Nei casi di amenorrea primaria l'A. crede che la gravidanza abbia preceduto il ripristino della funzione mestruale, dovuto a mutate condizioni locali e generali e che nei casi in cui dopo il parto vi fu nuovamente amenorrea, che il parto abbia riportato allo stato primitivo l'utero originariamente mal sviluppato.

Le gravidanze dopo il climaterio sarebbero dovute al persistere della ovulazione dopo cessate le perdite mestruali oppure ad un ripristino delle due funzioni. Notevole il fatto che anche in età avanzata qualche volta maturano inaspettatamente serie di follicoli (forse a ciò corrisponderebbe « l'estate di S. Martino » di qualche attempata).

Ogorek, Kisch e Keitler spiegano i casi di gravidanze in amenorroiche con uteri sviluppati troppo poco per le mestruazioni, ma abbastanza per le gravidanze.

Gli innumerevoli casi di donne amenorroiche che allattano e restano incinte si spiegherebbero in modo analogo.

Notevole la copiosa letteratura quasi esclusivamente tedesca.

F. BANISSONI.

L'uso dell'estratto d'ipofisi nelle primipare durante il travaglio del parto.

L'uso dell'estratto del lobo posteriore dell'ipofisi in ostetricia, uscito dalla fase sperimentale è ora entrato nella pratica: è certo che molti punti intorno all'uso di un medicamento così attivo, vanno precisati.

Delestre nella *Gazette des Hôpitaux*, n. 5. 1922, vuol mettere in evidenza alcuni particolari tecnici, e specialmente la differenza notevole della reazione all'ipofisi che si ha nella primipara in confronto della pluripara.

L'iniezione del lobo posteriore dell'ipofisi praticata nel corso del travaglio, ha sulle contrazioni uterine un'azione estremamente efficace e rapida, aumentandone sia la frequenza che la intensità: l'azione dura una mezz'ora, un'ora talora di più dopo l'iniezione: la sua efficacia sembra essere tanto più rimarchevole quanto più avanzata è la dilatazione. Essa è indicata allorchè nel corso del travaglio le contrazioni uterine sono inefficaci sia perchè troppo distanziate, sia perchè di scarso vigore.

Per l'A. i limiti ordinariamente assegnati per l'uso del medicamento in questione sono un po' stretti: dilatazione quanto una moneta da 5 franchi, nelle pluripare, quanto una palma di mano nelle primipare, testa impegnata.

Il disaccordo che regna sulle dosi da impiegare proviene dalla diversità delle marche preparatrici del prodotto: l'A. si è servito del prodotto Choay; ampolle di un cc. corrispondenti a mezzo lobo posteriore d'ipofisi, a 0.20 di glandola fresca, a 0.05 di estratto. Nelle multipare alla iniezione di un cc. o di mezzo cc. segue in modo generalmente rapido, l'azione: se una prima iniezione non è sufficiente, trascorsa una mezz'ora si può ripetere la seconda; se l'effetto della prima è stato soddisfacente e si prolunga, non bisogna iniettare una nuova dose se non è cessato l'effetto della prima. In tali condizioni alla seconda possono seguire senza danno altre iniezioni; l'A. non ha fatto mai ricorso a più di tre iniezioni. Per i principianti è bene saggiare il medicamento iniettandone come prima dose ad una partoriente, mezzo cc.: se con tale dose non ottiene l'effetto ripeterla o raddoppiarla dopo mezz'ora. Agendo con prudenza non si correrà l'alea di incidenti.

Differente è la cosa per le primipare: le dosi suddette in queste non possono essere adoperate senza danno. Le iniezioni di ipofisi hanno infatti sull'utero della primipara in travaglio un'azione particolarmente violenta, potendosi giungere fino alla contrattura dell'organo. L'A. descrive due casi nei quali ebbe incidenti gravi per aver usato in primipare le dosi usuali delle pluripare. Ond'è che diminuendo la quantità l'A. ha potuto ottenere risultati insperati in dodici casi: in tutte le osservazioni citate, salvo che in una, l'azione dell'ipofisi fu rapida e manifesta, senza alcun incidente, e dalle proprie osservazioni formula la tecnica nel seguente modo: allorchè si presenta l'indicazione di accelerare la frequenza o di aumentare il vigore delle contrazioni uterine nel corso del travaglio in una primipara, si può ricorrere all'iniezione sottocutanea di un terzo di cc. di estratto del lobo posteriore di ipofisi Choay. Se dopo un certo tempo si attenua l'azione di questa iniezione, o che l'effetto già ottenuto debba essere rinforzato, si può ricorrere ad una nuova iniezione di un terzo di cc. a patto che sia trascorsa una mezz'ora dalla precedente iniezione. Se è necessario potranno seguire altre iniezioni, ma osservando sempre lo spazio di mezz'ora fra due iniezioni successive. Quello, insomma, che deve ricordarsi, oltre l'intervallo di tempo, è che nelle primipare la dose da iniettare a ciascuna iniezione deve essere un terzo di quella che si inietterebbe d'emblée in una multipara.

MONTELEONE.

Il trattamento dell'eclampsia.

Prima degli accessi. — Si osservano il più spesso segni di insufficienza renale ed epatica: edemi, albuminuria che cresce, cilindruria, urine cariche di colore, con urobilina, talvolta anche pigmenti ed acidi biliari; l'albumina è spesso aceto-solubile, con peptone. I segni generali sono gravi: disturbi della vista, vomiti, *facies vultuosa*, pupille contratte, che reagiscono male, congiuntive subitteriche.

In tali condizioni bisogna anzitutto evitare il blocco dei reni e facilitare il funzionamento del fegato; somministrare purganti (salini, acquavite alemanna, calomelano), prescrivere il regime latteo assoluto, preceduto da un periodo di dieta idrica (due litri di acqua al giorno) per 24-48 ore: eventualmente diuretici anodini (infuso di gambi di ciliege). Contro l'ipertensione si userà il salasso (non troppo abbondante), il benzoato di benzile (20-30 gocce di una soluzione al 20 %). Per calmare il sistema nervoso, la morfina, od il tartrato borico-potassico (g. 20 in 300 cmc. di acqua, con 10 g. di glicerina; 3 cucchiai al giorno): se gli accessi si prevedono imminenti, provocare o precipitare il parto.

Durante gli accessi. — Salasso abbondante di 500 g. salvo a ripeterlo; cloralio (6-8 g. per clistere), morfina (1/2 1 cg. tutte le ore fino ad un massimo totale di 6 g.) e *soprattutto evacuazione rapida dell'utero.*

Dopo gli accessi. — Quando questi non si ripetono da quattro ore, si può sperare che la fase sia terminata. L'esito è dubbio se persiste il coma, specialmente se coesistono ele-

vazione di temperatura, colorazione subitterica dei tegumenti, anuria od oliguria.

Contro la temperatura elevata sono consigliabili i bagni freschi. Si prescriverà la dieta idrica, il latte, ricorrendo alla sonda se l'ammalata non può bere. La complicazione più grave è l'anuria in rapporto con edema del rene, contro cui viene consigliata (P. Bar: *Clinique et laboratoire*, 30 luglio 1922) lo scapsulamento del rene: se l'anuria dura da 24 ore l'intervento deve essere immediato.

Passato tale periodo, bisogna stare in guardia, quando vi sia un miglioramento troppo rapido delle sensazioni cenestetiche, ciò che può essere il preludio della mania posteclamptica, con idee melanconiche, eccitazione disordinata, stato di mania acuta. Si ordinerà la stretta sorveglianza, e si combatterà l'insonnia, somministrando l'acido di-allil-barbiturico (dial), ed evitando la morfina. *fil.*

IGIENE.

Variazioni di frequenza nella scabbia.

Le variazioni di frequenza nella scabbia hanno attirato scarsa attenzione da parte dei dermatologi e degli igienisti. Soltanto è noto che le guerre sono accompagnate da un aumento nel numero degli scabbiosi: in passato anzi vi erano fra gli eserciti in guerra enormi epidemie di scabbia, che si riflettevano anche sulla popolazione civile; la guerra attuale, sebbene in proporzioni ridotte, ha avuto analoghe conseguenze. La scabbia a Parigi, dopo un aumento dal 1900 al 1906, aveva presentato delle oscillazioni annuali poco importanti fino al 1914. Improvvisamente nel 1915 si è avuto un aumento enorme, che coincise con l'epoca dei permessi ai soldati che stavano al fronte. La riduzione del servizio di bagni, gli errori diagnostici, per cui spesso la scabbia veniva scambiata con prurigini tossiche da disturbi digestivi, la diminuzione delle lavature di biancheria in conseguenza dell'alto costo, hanno contribuito a tale aumento. Esso giunse a 350 per 100 nella popolazione femminile nel 1917 ed a 400 nel 1918, non risparmiando nessuna classe: in quella benestante anzi l'aumento può calcolarsi al 1200 per 100. A partire poi dal secondo trimestre 1919 si osserva una continua diminuzione. Meno regolari sono invece le variazioni nella popolazione maschile. Nessuna influenza ha esercitato il ritorno dei numerosi prigionieri, in conseguenza delle operazioni di bonifica a cui venivano sottomessi.

Importanti sono le *variazioni stagionali*: da un massimo in gennaio, si discende dapprima lentamente fino al maggio, poi rapidamente, raggiungendo i minimi in luglio, agosto, per risalire dapprima lentamente, poi rapidamente in novembre, dicembre. Le cause di queste variazioni sono complesse e sfuggono ad una prova.

Per l'aumento autunnale, G. Thibierge (*Bulletin Acad. de Médecine*, 18 luglio 1922), ritiene di poter trovare una spiegazione nel ritorno dei ragazzi dalle colonie di vacanza, dove spesso si trovano ammucchiati in molti nella stessa casa talora anche nello stesso letto. L'A. ha notato inoltre che, dopo la guerra, è abbastanza frequente di trovare anche adulti che hanno contratta la scabbia durante la villeggiatura.

Quanto al modo di trasmissione, l'A. osserva che in molti casi, specialmente nei ragazzi, l'inchiesta non ha potuto mettere in luce nessuno dei modi abituali di contagio, non avendo mai lo scabbioso diviso il letto con altri, nè essendo mai andato in alberghi, ecc. Non è quindi improbabile che la scabbia sia stata contratta alla scuola, specialmente durante i giuochi, in cui i ragazzi sono riscaldati per l'esercizio fisico e si tengono per mano, offrendo così la possibilità all'acaro di trasmigrare. Vi sarebbe dunque maggior ragione per sorvegliare più accuratamente i ragazzi nel periodo scolastico. Comunque è da tener presente anche questo modo di trasmissione, ricordando che il contatto diretto è ben lungi dall'essere sempre un contatto venereo. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Lo shock emoclasico.

Se si inietta per via endovenosa o muscolare una sostanza estranea all'organismo appartenente al gruppo dei colloidi complessi o di certi cristalloidi si sviluppa una serie di reazioni ematologiche e cliniche.

Le reazioni ematologiche consistono in ipotensione arteriosa, disturbi della coagulazione sanguigna, leucopeina con diminuzione considerevole dei leucociti polinucleari in rapporto a quelli mononucleari, rarefazione delle piastrine, aspetto rutilante del sangue venoso con variazioni dell'indice refrattrometrico del siero.

I fenomeni clinici che sono più tardivi e più o meno marcati consistono in brivido più o meno violento con tachicardia, cianosi e tal volta segni di collasso cardiaco, aumento della temperatura fino a 39°-40°, tachipnea e dopo qualche ora sudorazione abbondante con caduta della temperatura; le urine intanto si fanno cariche e compare lieve albuminuria.

Questa sindrome ematologica e clinica che si può provocare con iniezioni muscolari di latte o endovenose di peptone; di metalli col loidali elettrici o di corpi microbici è stata chiamata shock emoclasico o colloidoclasico.

La fenomenologia non è affatto influenzata nè dal genere nè dalla quantità della sostanza iniettata. Ciò che importa sopratutto è la rapidità d'introduzione della sostanza estranea; la crisi si ha solo con l'iniezione endovenosa o intramuscolare rapida, l'iniezione sottocutanea non dà i medesimi risultati. Questa diversa reazione alle iniezioni sottocutanee può essere in rapporto con la lentezza dell'assorbimento, e lo stesso risultato ottenuto con la somministrazione rettale o bronchiale parlerebbero in favore di questa ipotesi, oppure può essere in rapporto con il fatto che le cellule congiuntivali o i leucociti accorsi negli spazi del tessuto connettivo o anche le cellule epiteliali dell'intestino o dei bronchi abbiano una certa influenza attenuando la capacità emoclasica delle sostanze iniettate.

Widal, Abrami, Brissaud sostengono che le iniezioni determinano nell'equilibrio specifico dei colloidi del sangue modificazioni di natura fisica ed anche elettrica.

Fiessinger ritiene invece che la crisi sia in rapporto alla grande distruzione di leucociti polinucleari. Questa distruzione mette in libertà i fermenti leucocitarî, ossidasi, perossidasi, proteasi, e questa esplosione diastasica determina uno squilibrio sul metabolismo donde lo shock emoclasico.

Comunque la interpretazione del fenomeno è ancora oscura. Dr.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1348) *Sulla costante di Ambard.* — Al dottore A. T. da G.:

Una spiegazione completa della costante di Ambard insieme colla descrizione della tecnica per eseguirla, può trovarla in qualunque trattato o compendio recente di Urologia come quello di Legueu e Papin (Précis d'Urologie - Maloine, Parigi 1922). Troverà pure la descrizione della tecnica, e la discussione sul valore da attribuire alla costante di Ambard nel Compendio di Semeiotica Chirurgica del Dominici facente parte della «Collana medica» edita dal nostro giornale. L. D.

(1349) *Terapia nella tubercolosi polmonare incipiente.* — Al dott. B. P.

Le note generali di terapia medica nei casi di tubercolosi incipiente sono svolte in ogni trattato anche modesto di patologia e di terapia; l'applicazione caso per caso e la selezione fra i mezzi curativi è frutto della conoscenza delle particolari condizioni del malato: solo la esatta discriminazione delle particolari condizioni possono dare al medico criteri di scelta fra i mezzi consigliati: purtroppo nell'arte medica, in terapia come in diagnostica, si può ripetere il detto noto: *non esistono malattie, ma esistono malati.* *t. p.*

(1350) Al dott. N. L. da M., abb. n. 8719(1):

Per lo scopo da lei indicato possono essere utili i seguenti libri:

Coste. *Du symptôme à la maladie.*

Cabot. *Diagnosi differenziale.*

Schmidt. *I fenomeni dolorosi nelle malattie.*

Possono essere consultati anche gli *elenchi dei sintomi* pubblicati da autori inglesi, di uno dei quali è stata fatta recentemente una traduzione italiana. *dr.*

(1347) Al dott. A. A. da N., abb. n. 3380:

Esistono in Italia ottime cliniche dermosifilopatiche presso le quali è possibile perfezionarsi nella specialità quanto in quelle estere, e in cui si fanno annualmente corsi di perfezionamento completi.

In quanto ai libri possiamo consigliare, per quanto riguarda la specialità:

Neisser-Jadassohn. *Malattie della pelle* - Traduzione italiana con note ed aggiunte originali. Soc. Dante Alighieri - Roma, Milano.

Pratique dermatologique - Parigi, Masson, editore.

FOURNIER. *Traité de la Syphilis* - Parigi, Rueff, editore.

FINGER. *La blenorragia degli organi sessuali*. Trad. italiana con note ed aggiunte di A. BERTARELLI. Torino, Unione tipografica editrice.

SCHOLTZ. *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*, vol. 1°, Lipsia, Hirzel ed.

RADAELI. *Diagnostica delle malattie cutanee*. Milano, Vallardi.

BOSELLINI. *La Dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna*. Milano, Soc. editrice libraria.

L. MARTINOTTI. *La sierodiagnosi della sifilide*. Bologna, Cappelli ed.

V. MONTESANO.

(1346) *Carni di animali morti di pneumatosi.* — Al dott. N. Gallo, S. Rufo:

La morte dei bovini in seguito ad ingestione eccessiva di foraggi verdi oppure alterati e umidi (erba medica, trifoglio, ecc. bagnate dalla rugiada o dalla pioggia) avviene per la malattia comunemente detta *timpanite* (meteorismo acuto alimentare).

Vale a dire, avviene per fenomeni di asfissia e di emorragia consecutivi all'abnorme distensione del rumine (1° stomaco dei ruminanti), la quale è dovuta alla produzione ed all'accumulo abnorme di gas nel rumine, in seguito a fermentazione delle suindicate foraggere.

Le carni di tali bovini possono essere ammesse al consumo alimentare, ai sensi dell'articolo 110, comma 4, del Regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901; ma debbono essere classificate di *bassa macelleria*, a termini dell'art. 111 dello stesso Regolamento.

Però bisogna essere provetti e andare molto cauti nel giudicare della commestibilità o meno di tali carni, come in genere di tutte le carni di animali morti o macellati di urgenza: e ciò per ragioni di ordine tecnico che sarebbe qui troppo lungo l'esporre.

G. ANGELICI.

VARIA.

In difesa degli occhi dei neonati.

La «Gazzetta Italiana delle Levatrici» nel numero del 15 agosto pubblica:

«Nel 1890 venne pubblicato dal dott. Caneva Zanini Giuseppe, presidente della Società Italiana delle Levatrici (edito da L. Marchi di Milano), un «Memoriale per le Levatrici» nel quale era sfuggito a pag. 93 un errore grossolano, che poteva portare a serie conseguenze, cioè la pulizia degli occhi al neonato con un collirio di acqua borica al 10 per cento (1).

«In questo anno la nota ditta libraria Ulrico Hoepli, Milano, ha stampato tra i suoi manuali l'«Ostetricia pratica ed Operazioni Ostetriche» del dott. Antonino Renda. Or bene anche in questo lavoro a pag. 217-218 per la pulizia degli occhi si raccomanda una soluzione di 1 gr. di nitrato d'argento in 20 di acqua distillata; poi per l'azione successiva irritante questa soluzione: acido salicilico 2 e acqua stillata 10. Se scoppia l'oftalmia dei neonati si consigliano lavacri al sublimato corrosivo al 5 per 1000.

«Evidentemente, malgrado l'errata corrige che non contempla queste cifre, si tratta di errori dovuti a distrazione e siccome se le soluzioni raccomandate venissero usate, se ne avrebbero incalcolabili disastri, crediamo nostro dovere di avvisare levatrici e medici a non usare tali dosi che certamente saranno corrette in una prossima edizione, e ciò nell'interesse, oltrechè dei bambini, delle famiglie e dei sanitari, anche in quello dell'autore e dell'editore».

---

(1) L'acido borico si scioglie al 4% in acqua fredda: al 7% in acqua a 38° C. La solubilità viene aumentata notevolmente dall'aggiunta di borace.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PIRAZZOLI ARRIGO. *Un riflesso «oculo-esofageo».* — Milano, Enrico Zerboni, 1921.

PISENTI GUSTAVO. *Che cosa pensano i medici ed i giudici degli Stati Uniti del Nord-America intorno all'ernia-infortunio.* — Roma, 1920.

ridi. — Milano, A. Rancati, 1922.

BOMPIANI GAETANO. *L'Anatomia patologica della Encefalite epidemica.* — Roma, Tip. Unione Editrice, 1921.

SESTINI LEONE. *Sull'andamento della tubercolosi nell'armata italiana durante la guerra.* — Roma, S. A. I. Industrie Grafiche, 1921.

PALMIERI G. G. *La radioplastique du coeur.* — Coulommiers, Imp. E. Dessaint, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la celebrazione dell' Ufficiale Medico morto in guerra.

Ricordiamo che le quote di sottoscrizione per la erezione di un monumento agli ufficiali medici morti in guerra devono essere inviate al Capitano Medico Dottor Bocchetti Federico, presso il Campo Sanatoriale di Anzio.

Per altro le quote possono essere inviate anche al « Policlinico », che curerà di rimetterle al Comitato Ordinatore e pubblicherà l'elenco delle sottoscrizioni ricevute.

Un Partito Nazionale Sanitario ? !...

Ho voluto aggiungere al titolo di queste poche righe l'espressione grafica del dubbio e dalla meraviglia perchè sono realmente questi i sentimenti che io provai apprendendo che nell'Ordine del giorno del prossimo Congresso Nazionale dei Medici Condotti trova posto una Relazione De Luca che propone la trasformazione dell'Associazione Nazionale dei Medici Condotti in Partito Nazionale Sanitario con un programma che dovrebbe comprendere la riforma delle Facoltà mediche, degli Ospedali, dell'assistenza a domicilio, degli infortuni, della specializzazione dei medici e delle ore di lavoro. (Vedi il giornale *Il Medico Condotto*, n. 26, 30 agosto 1922).

Lasciamo da parte la considerazione, pure importantissima, che il creare oggi in Italia un altro partito politico, come non ce ne fossero già abbastanza, sarebbe opera inutile, anzi dannosa, perchè, con ogni probabilità, si acuirebbero i dissidî e si frazionerebbero ancor più le correnti politiche parlamentari, allontanando così la possibilità che le grandi forze politiche del Paese, che si riducono essenzialmente a due, la conservatrice e la rivoluzionaria, trovino il modo di poter collaborare alla restaurazione della patria; e lasciamo pure da parte l'incompletezza di un programma sanitario, quale è quello del De Luca, che non accenna neanche lontanamente ai grandi problemi della profilassi contro le malattie sociali.

Ma diciamo subito, invece, che un Partito Nazionale Sanitario è una assurdità teorica e una impossibilità pratica perchè ogni partito, nel senso classico della parola, raccoglie sotto la sua bandiera uomini che hanno un'unica visione politico-sociale, e perchè i partiti hanno una loro funzione di lotta per il trionfo di un singolo sistema di governo e di assestamento sociale.

Com'è quindi possibile raccogliere sotto una stessa insegna politica uomini colti ed intelligenti critici per abitudine mentale, gelosi della loro libertà di pensiero, quali sono i Medici?

E noi organizzatori, che siamo sulla breccia da moltissimi anni, sappiamo per esperienza che a mantenere salde e forti l'Associazione Nazionale dei Medici Condotti, la Federazione degli Ordini e i Sindacati Medici, occorre la completa ed indiscutibile apoliticità di queste corporazioni.

Ma quando si voglia fare un Partito Nazionale e si vogliano mandarne al Parlamento i rappresentanti, avverrà sempre che questi saranno presi irresistibilmente nelle spire degli interessi politici.

Il prof. U. Gabbi, in un suo articolo nel numero 24 (30 agosto 1922) del giornale *L'Italia Sanitaria*, arriva anch'egli a conclusioni che sono nettamente contrarie alla formazione di un Partito Nazionale Sanitario; ed allora egli si domanda se non sia il caso invece che i medici pensino a *candidature di classe*.

Francamente anche la proposta del prof. Gabbi non mi sembra tale, dati gli odierni ordinamenti e i sistemi elettorali politici, da risolvere la questione.

La Camera dei Deputati è e sarà sempre un istituto squisitamente politico, e poichè in essa dovrebbero essere rappresentate in proporzione ridotta, ma esatta, le correnti politiche esistenti nel paese, è evidente che in essa i problemi sanitari, nella loro più larga significazione, non potrebbero far parte, come non fanno realmente, di uno piuttosto che di un altro partito politico. I grandi problemi igienico-sanitari, come quelli della scuola, *interessano tutto il paese*, e non alcune categorie soltanto di cittadini, ed è perciò che su questi basali argomenti la discussione politica non dovrebbe mai aver presa.

***

A proposito delle candidature di classe, caldeggiate dal prof. Gabbi, ricordo che noi medici condotti fino dai primi Congressi Nazionali, abbiamo dovuto convenire che le candidature di classe o tecniche, che dir si voglia, non sono ancora oggi possibili in Italia, e con me ricorderà pure il prof. Gabbi che si è deliberato, in materia di elezioni politiche, che le nostre organizzazioni debbano appoggiare le candidature di quegli uomini che diano il maggiore affidamento di sostenere le nostre legittime richieste e di occuparsi seriamente dello studio e della risoluzione dei principali problemi di assistenza igienico-sanitaria; e il nostro appoggio avrebbe dovuto essere, almeno come organizzazione, indipendente dal colore politico dei singoli candidati.

Quale fu il risultato pratico della nostra tattica?

Il prof. Gabbi, che è sulla breccia dal 1898 per la difesa della classe, mi insegna che in periodo elettorale tutti i candidati sono larghi a promesse per avere l'appoggio del maggior numero possibile di elettori, ma che poi, varcata la soglia di Montecitorio, molte promesse svaniscono e i deputati, anche medici, fatte le debite eccezioni, si dimenticano della classe da cui provengono, di-

menticano i grandi problemi di medicina sociale e logicamente votano col loro partito.

E così avviene, per conseguenza logica, che i fasci parlamentari d'indole tecnica non sono *fasci* che di nome, perchè i loro componenti, alla conclusione del dibattito, cioè al voto, riprendono la loro libertà di uomini di parte.

***

Ed allora?...

Io penso che se nel Parlamento Italiano gli argomenti igienico-sanitarii trovarono sempre un campo ristrettissimo di discussione e molte volte proposte larghe e geniali cozzarono contro insormontabili difficoltà tanto che si può dire che l'Italia in materia di politica sanitaria sia alla coda delle altre Nazioni, la colpa non debba essere data tutta ai Governanti ed a coloro che hanno l'incarico di studiare e formulare le leggi.

Realmente il Parlamento nel suo ramo elettivo rappresenta quasi sempre la mentalità generale della Nazione o per meglio dire degli Elettori, ed è quindi da vedersi se la innegabile trascuratezza e l'apatia che affettano il Governo negli argomenti di politica sanitaria, non siano per avventura la conseguenza della mancanza nel Paese di una precisa e forte coltura igienica e di quella ignoranza, che è caratteristica non solo dei lavoratori del braccio, ma anche delle, cosidette, persone colte per tutto quanto si riferisce alla educazione fisica della gioventù ed alla profilassi contro le malattie sociali.

Noi tutti medici pratici sappiamo che cosa ci chiedono i nostri clienti: quando sono ammalati, essi vogliono da noi le pillole, lo sciroppo ed i *cachets*, meglio ancora se tutte queste belle cose sono offerte sotto la promettente, ma spesso ingannatrice veste della *specialità;* ma quando sono sani, i nostri clienti, non ci chiedono mai un consiglio igienico od accentano con punti interrogativi, che tradiscono l'incredulità, i nostri suggerimenti profilattici.

E quindi non è da meravigliare se in un Paese come il nostro dove la coltura generale è bassa e quella igienica in particolare è bassissima, non si veda mai formar parte integrale di un programma politico i capisaldi della Medicina Sociale.

Ed allora quali speranze possiamo avere sulle candidature mediche di classe?

È dunque la coltura generale del Paese che bisogna aumentare; bisogna far penetrare nella coscienza dei lavoratori il convincimento che l'igiene costituisce la base della salute e della forza umana; bisogna persuadere gli industriali ed in genere i datori di lavoro che il denaro speso per miglioramenti igienico-sanitari non è denaro buttato al vento, ma impiegato ad alto interesse; bisogna, in una parola, seguire la via che da tanti anni battono con successo le Nazioni più progredite d'Europa in materia di igiene pubblica.

Quest'opera di persuasione, di istruzione e di educazione igienica deve essere essenzialmente opera dei medici, non soltanto di quelli che stanno in alto della scala, ma anche e sopratutto di quelli che vivono in mezzo al popolo e per il popolo e che ne conoscono perciò le sofferenze e le deficenze.

Questa per me è la vera politica sanitaria dei medici condotti. Dott. ADELCHI ZAMBLER.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9658) *Elenco dei poveri.* — Dott. N. G. da S. R. — Allorchè si è inclusi nello elenco dei poveri, quando anche con esenzione dal beneficio dei medecinali gratuiti, si ha diritto a cura e ad assistenza sanitaria gratuita, nè può il medico sollevare serotine opposizioni, che non avrebbero fondamento legale. La legge non concede altro rimedio al sanitario, leso nei suoi diritti, che quello di chiedere un aumento di stipendio di ufficio dalla G. P. A. ai termini dell'art. 26 della legge. Lo provi.

(9660) *Perizie giudiziarie.* — Dott. G. B. da O. — Il Pretore può scieglere come perito chiunque sia inscritto nell'elenco della Corte di Appello, senza essere obbligato a dare la preferenza ad alcuno.

(9661) *Levatrice..* — Dott. G. B. da I. sul I. — Per la nomina della levatrice non è obbligatorio il concorso. La levatrice non acquista la stabilità. I suoi diritti derivano dall'atto di nomina, in cui deve essere indicato la durata di essa e lo stipendio.

(9662) *Indennità caro-viveri.* — Dott. B. V. da R. — In casi di congedo straordinario per infermità, si ha diritto a ricevere non solo lo stipendio, ma anche i relativi caro-viveri, esclusa la indennità cavalcatura, perchè questa riferiscesi ad un servizio, che effettivamente non si rende stando in congedo.

(9663) *Libretti di ammissione al lavoro.* — Dott. A. d'A. da S. S. — La spesa pei libretti di ammissione al lavoro deve cedere a carico del Comune.

(9664) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. N. da I. L. S. — I tasso di R. M. è dell'8.65 % su redditi superiori alle lire 2000, oltre l'aggio all'esattore e la sopratassa pei mutilati.

(9665) *Consigliere provinciale.* — Dott. G. C. da C. — I medici condotti non sono eleggibili a Consigliere Provinciale del luogo, ove prestano servizio. Non consta che si pensi modificare tale incompatibilità.

(9666) *Pensioni.* — Dott. B. M. da M. — Gli anni di università potranno essere riscattati quando andrà in vigore la nuova legge sulle pensioni. Con la legge attuale, no. Anche il periodo di assistentato sarà riscattabile con la nuova legge. Con i dati forniti liquiderebe con la nuova legge nella prima ipotesi lire 2688 e nella seconda lire 3440.

(9667) *Pensione.* — Dott. R. C. da C. — Tenendo conto anche degli anni di studio universitario e, cioè, con 37 anni di servizio e 58 di età,

con la legge nuova liquiderebbe per pensione l'annua somma di lire 5262.

(9668) *Pensioni.* — Dott. V. G. da M. M. — Con la nuova legge sulle pensioni potrà riscattare gli anni di studio universitario, ma non quelli di ufficiale sanitario perchè nominato per legge con Decreto prefettizio e non dall'Amministrazione comunale. Per il riscatto degli anni di studio dovrà pagare lire 4800. Con 52 anni di età e 25 di servizio (minimo) liquiderà annue lire 1865, mentre, con 30 anni di servizio, liquiderà la somma di lire 3285. Gli anni di servizio passati come medico di bordo, non sono riscattabili, egualmente per quelli passati come assistente ospetaliero.

(9669) *Congedo annuale.* — Dott. abonato 6940. — Il congedo annuale va commisurato ad anno solare.

(9670) *Concorso.* — Dott. A. B. da P. — L'ex tenente colonnello medico pensionato può ben prendere parte ad un concorso per la nomina del medico condotto.

(9672) *Specialità medicinale.* — Dott. A. B. da F. — La sua composizione costituisce una specialità medicinale. Pertanto essa, senza alcuna tassa, può essere liberamente venduta da farmacista dietro esibizione di analoga ricetta del medico.

(9673) *Certificati per baliatico.* — Dott. G. A. da C. — Pel rilascio del certificato di idoneità al baliatico, richiesto nell'interesse privato della balia, nulla si oppone che Ella riscuota speciale compenso.

(9674) *Somministrazione di medicinali ai poveri.* — Dott. R. D. M. da C. — Nessuna limitazione impone la legge sanitaria per la somministrazione di medicinali ai poveri, cui debbono essere fornite anche le medicine prescritte dal medico per cure ricostituenti. Per il ricovero dei poveri negli ospedali debbono essere applicate le norme contenute nella legge sulle Opere Pie con riferimento al domicilio di soccorso. La somministrazione di medicine ai poveri deve essere sempre fatta dal farmacista e non dal medico.

(9675) *Concorso per parte di medico condotto.* — Dott. A. F. da C. S. — La legge non pone termine per la nomina del medico condotto dopo formata dalla Commissione giudicatrice, l'elenco dei medici dichiarati idonei. Essendosi il concorso esaurito ed essendo stata formata la graduatoria, non è lecito nominare un medico interino. Ricorra al medico provinciale perchè intervenga con la sua autorità, acciò tale inconveniente non si verifichi. Se a nulla varrà tale ricorso, può citare il Comune dinanzi l'ordinaria autorità giudiziaria per sentirsi condannare al pagamento dei danni, derivati dalla sua incuria. Sarà, in tal caso, prudente diffidare, innanzi tutto, il Comune con regolare atto di usciere. Doctor JUSTITIA.

Sul titolo di professore. — Al dott. D. N.: Ai liberi docenti, per il fatto che sono abilitati all'insegnamento, compete il titolo di professore. Del resto una volta essi erano chiamati professori pareggiati. *a. a.*

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASCIA (*Perugia*). — Consor.; L. 5000 (*sic*) e 3 quinq. decimo, due c.-v., indenn. cav. e assistenza zooiatr. da stabilire. Scad. ore 18 del 15 ottobre. Serv. entro 20 giorni.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

CERIGNATE (*Pavia*). — Consor. Scad. 20 ottobre. L. 6500, addizion. L. 1000 pei primi 1000 pov., lire 3000 cavalc.

COSTACCIANO (*Perugia*). — Proroga a tutto 15 ottobre. L. 8000 e non meno di 3 quinq. dec., due c.-v., L. 250 quale uff. san., L. 2500 trasporto, lire 100 assic.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

FOLLINA (*Treviso*). — Scadenza 17 ott. L. 6500, due c.-v., oltre a L. 2500 per cavallo od automezzo, casa ed orto pel fitto di L. 750 annue. Schiarimenti Municipio.

GROTTAMMARE (*Ascoli Piceno*). — Due cond.; a tutto il 15 ott. Vedi fasc. 40.

MELZO. *Ospedale di S. Maria delle Stelle.* — Medico assistente; L. 5000 lorde, più L. 2000 c.-v., alloggio, duce, riscaldam., bucato, partecipazione proventi di Ambulat. Età limite 35 (salvo coloro che già prestavano serv. presso altri enti). Nomina e conferma biennali. A tutto il 20 ottobre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

MONTEVARCHI (*Arezzo*). — 3ª cond., campagna; L. 9000 e 4 quadrienni decimo, L. 2000 cav., c.-v. Scad, 15 ottobre.

MORIAGO (*Treviso*). — L. 6000; mezzo trasporto L. 2500; doppio c.-v.; alloggio gratuito. Condotta libera. Scad. 12 ott. 1922. Chiedere avviso.

PORANO (*Perugia*). — Scad. 30 ott. L. 6000 per 1000 pov., L. 1000 di resid. povera se abbienti meno di 300, L. 1000 trasporto in campagna, L. 200 uff. san. e arm. farm., tre quinq. decimo.

RACCOLANA (*Udine*). — Scad. 31 ott. L. 6000 e tre quinq. decimo. doppio c.-v., L. 2000 ovv. L. 1000 quale mezzo trasp., L. 500 se uff. san.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

RUVIANO (*Caserta*). — Scadenza 31 ottobre. Età limite 40. Stipendio L. 6000; indenn. cav. L. 1800; per uff. san. L. 200.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

SPELLO (*Perugia*). — Scad. 30 ott.; per i pov. di Mirabello L. 6500 (in corso aum. a 7400), doppio c.-v., L. 2500 cav. (in corso aum. a 4000).

VILLAFOCCHIARDO (*Torino*). — Condizioni capitolato. Scad. 31 ottobre.

Medico-chirurgo perfezionato in odontoiatria all'estero desidera prelevare gabinetto dentistico ben avviato o associarvisi. Indirizzare offerte al dottor Miglionico, via S. Martino al Macao 15, int. 2, Roma.

Giovane dottore, otto anni laurea, pratico servizio condotta, occuperebbe subito qualsiasi interinato Italia Settentrionale. Scrivere: Riccardi, via Garibaldi, 41 - Torino.

Diffide.

Nuove diffide: Albairate, S. Giuliano Milanese (Milano); Forlì (campagna).

Revoca di diffide: S. Bellino (Rovigo).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata conferita la medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica ad dott. Carlo Ettore Semini, del Dispensario Antitubercolare di Treviso, per benemerenze di servizio durante la pandemia del 1918 e un'epidemia di dermotifo in prigionieri di guerra (Verona, 1919). Il dott. Semini era già decorato al valor militare e insignito della croce di guerra.

MEDICINA SOCIALE.

Un centro rurale d'allevamento e di profilassi antitubercolare in Francia.

La sig.ª R. Dubost ed i dottori G. Blechmann e François riferiscono (*Bull. Acad. de méd.*, 18 luglio 1922) sopra un centro rurale di allevamento per poppanti, stabilito a Mainville, villaggio di 800 abitanti a 24 km. da Parigi. Vi si raccolgono poppanti collocati dai genitori o protettori, quelli sani di genitori tubercolotici, e quelli abbandonati. L'età di ammissione è da uno a sei mesi; prima della partenza da Parigi si fa una cutireazione (che si ripete poi ogni tre mesi): il poppante non è accettato che se essa è negativa, salvo casi eccezionali. [Non si comprende il perchè si debbono fare eccezioni, che potrebbero essere dannose alla collettività del centro d'allevamento: così pure l'accettazione fino a sei mesi sembra eccessiva: nell'asilo Maraini, diretto dal prof. Valagussa, essa è giustamente ridotta a tre. *N. d. Redat.*].

Il *Centro* si compone di parecchi elementi disposti attorno ad un padiglione, in cui si trova l'abitazione della direttrice, la sala di consultazione, e quella di preparazione dei poppatoi: vi è altresì un'infermeria temporanea, per malati gravi non contagiosi. Le abitazioni delle allevatrici sono ripartite in un raggio, che non oltrepassa i 2 km., in modo che esse rimangono sotto l'occhio vigile della direttrice. Questa è incaricata della scelta delle allevatrici, le quali subiscono la visita medica e ricevono 150 franchi al mese per ogni bambino: le case devono essere ben tenute ed aereate, ed hanno di solito un piccolo giardino.

I poppatoi sono preparati al mattino dalla direttrice: il latte proviene da una fattoria modello, munto alle sei del mattino e portato immediatamente; viene poi sterilizzato e distribuito alle 11: vi si preparano altresì poppatoi di latte condensato, brodi di legumi, maltosati, latticello. Settimanalmente vi è la consultazione e quattro volte ogni sei mesi i due medici si riuniscono per stabilire le diagnosi e le cure.

In due anni, il Centro ha esercitata la sorveglianza su 95 bambini dai 18 giorni ai sei mesi: vi sono stati 8 morti, di cui 4 per tubercolosi (!): due poppanti, con cutireazione positiva, non presentano alcun segno di tubercolosi in evoluzione.

Il Centro funziona anche come servizio di consultazione per il villaggio; 105 bambini sono stati curati a domicilio, 9 ospitalizzati per qualche giorno al Centro stesso. Questo è inoltre incaricato di servizî sociali (collocamento di orfani di guerra, colonie marine, ecc.), La spesa è di 6-7 franchi al giorno per ogni poppante. *fil.*

NOTIZIE DIVERSE.

XXVII Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Il Congresso sarà tenuto, contemporaneamente a quello di Chirurgia, in Firenze dal 21 al 24 ottobre corrente. — Saranno discussi due importantissimi temi di relazione generale: « L'ulcera duodenale », tema in comune colla Società Italiana di Chirurgia, del quale sarà relatore per la Società di Medicina il prof. Vittorio Ascoli; e « Le itterizie », del quale saranno relatori i proff. Raffaele Caporali e Luigi Zoia. Verranno inoltre fatte interessanti comunicazioni dal personale degli Istituti Italiani di Medicina interna.

La Città tutta ed i Medici fiorentini in particolare preparano cordiali affettuose accoglienze ai Congressisti che converranno in Firenze da ogni regione d'Italia.

I Soci che vogliano fare comunicazioni sono pregati di inviarne tempestivamente il titolo al Comitato organizzatore del XXVIII Congresso di Medicina, di cui è Presidente il prof. Ferruccio Schupfer e Segretario generale il prof. Giovanni Garin.

Tutti i Medici italiani possono partecipare al Congresso.

Il diritto di iscrizione è di L. 40 per gli aderenti: mentre pei soci basta avere effettuato il pagamento della tassa sociale annuale di L. 40. Possono essere iscritti i membri delle famiglie dei Congressisti con la quota di L. 20.

Tutti coloro che avranno pagato il diritto di iscrizione, riceveranno la tessera ed i documenti necessari per le riduzioni ferroviarie.

Le richieste di iscrizione e l'invio dell'importo

relativo od il pagamento della tassa sociale, come pure le domande di qualsiasi schiarimento, devono essere inviate al prof. Giovanni Garin, segretario generale del Comitato organizzatore del XXVIII Congresso di Medicina, Clinica Medica, via Alfani, 33 - Firenze.

XIX Congresso della Societá Italiana di Chirurgia.

Avrà luogo a Firenze dal 21 al 25 ottobre contemporaneamente a quella della Società Italiana di Medicina.

Saranno discusse le seguenti relazioni:

1) Ulcera duodenale (prof. Alessandri);

2) Aneurismi arteriosi ed artero-venosi (professori De Gaetano e Zapelloni).

I soci che desiderano fare comunicazioni debbono mandarne il titolo al Segretario prof. Leonardo Dominici, R. Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma, e dovranno consegnare un sunto dell'argomento da svolgere prima di fare la comunicazione.

Verranno spediti a tutti i soci i moduli per usufruire dei ribassi ferroviari.

Il Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

Si terrà a Firenze il giorno 20 ottobre Il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. Dario Maragliano, via Galata, Genova; ne è segretario il prof. Gino Pieri, Policlinico Umberto I, Roma.

La lebbra in Sardegna.

Da una memoria di A. Serra sul «Giorn. d. Malatt. Veneree e d. pelle» risulta che al dicembre 1921 esistevano in Sardegna 47 lebbrosi di cui 24 maschi e 23 femmine: 8 di forma tuberosa. 13 mista, 26 nervosa, di questi ultimi 14 con la forma anestetica mutilante.

Riguardo all'etiologia, in 19 casi si ebbe contatto con altri lebbrosi, in 20 si hanno precedenti familiari, in una donna la malattia s'iniziò dopo che ella ebbe lavato la biancheria di un lebbroso, in un uomo dopo ripetuti rapporti sessuali con una lebbrosa; in soli 4 casi manca la prova dei contagio in senso lato.

Il più giovane dei lebbrosi conta 17 anni, il più anziano 72; quattro soggetti sono ammalati da 40 anni; 11 degli ammalati sono contadini; 17 delle ammalate sono casalinghe.

Accademie di Igiene Sociale in Germania.

Sono state create in Germania tre Accademie di Medicina Sociale, a Breslavia, Charlottenburg e Düsseldorf. Gli insegnanti sono presi in parte tra i professori delle Facoltà Universitarie, in parte tra i medici e i funzionari delle istituzioni pratiche di assistenza sociale. Si dà molto sviluppo agli aspetti giuridici, economici e sociali dei problemi della pratica assistenziale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse méd., 19 luglio. — E. LEREDDE. Malattie per generazione spontanea? Sifilide e malattie familiari.

Journ. Am. med. Assoc., 8 luglio. — F. BARHER. Endocrinologia. — C. AUB. Relazione fra le secrezioni interne ed il metabolismo. — J. R. EASTMAN. Profilassi dei tumori maligni della bocca, faccia, guance.

Riforma med., 3 luglio. — C. MADERNA. Il liquido di Lugol per iniezioni endovenose nella tricofizia.

Deutsche med. Woch., 7 luglio. — KREBS. Trattamento del gozzo con iniezioni parenchimatose.

Presse méd., 5 luglio. — E. TOULOUSE e L. MARCHAND. Lo stato di male epilettico.

Id., 8 luglio. — J. DOCHE. La cura elio marina nella tub. articolare dell'adulto.

Id., 12 luglio. — W. HERRINGHAM. La febbre delle trincee.

Gazette des Hôpitaux, n. 53. — P. e L. BAZY. La vaccinazione preoperatoria.

Boston Med. and Surg. Journ., 6 luglio. — W. WHITTEMORE. Aspetti moderni dell'empiema acuto. — I. V. MEIGS. Ematoma endometriale dell'ovajo.

Id., 13 lugl. — W. PEARCE COUES. Adenite cervicale gommatosa.

L'Inform. des aliénistes, giugno. — P. COURBON. Gli stati psicopatici latenti ed i sequestri arbitrarî.

Soc. méd. Hôpitaux, 7 luglio. — A. LEMIERRE e G. BLUM. Presenza di bacillo paratifo B nel sangue di un pneumonico senza febbre paratifoide. — G. CAUSSADE, MONIER-VIVARD, L. LAFOURCADE. Nozione di epidemicità in certi casi di eritema nodoso.

Rif. medica, 24 luglio. — A. ZUPPA. Febbri e febbricole sifilitiche. — C. ALESSANDRI. Dosamento dell'urea nelle urine col metodo Friedländer.

Rev. med. Uruguay, giugno. — CONZANI. Peritoniti occulte. — COLISTRO. Gravidanza doppia intra- ed extrauterina. — MAY. Sifilide dell'amigdala.

Scalpel, 15 lugl. — L. LEDOUX. Estrazione dai bronchi di corpi estranei di forma globosa.

Presse méd., 22 luglio. — L. BARD. Esistenza di due regimi circolatorî opposti nelle lesioni aortiche. — M. LOEPER e G. MARCHAL. Dispepsia ed eritremia.

Journ. de méd. d. Bordeaux, 10 giugno. — LALESQUE. Profilassi delle deformità fisiche dell'infanzia: ispezione scolastica.

Paris méd., 22 luglio. — MORICHAU-BEAUCHANT. La falsa incontinenza degli sfinteri nel bambino e l'autoerotismo paragenitale. — LEVY-VALENSI. Valore diagnostico dei riflessi per la localizzazione delle lesioni midollari.

Wiener klin. Wochn., 20 luglio. — FR. SCHWEINBURG. Contributo allo studio della vaccinazione antirabica.

Journ. des sciences méd., Lille, 22 luglio. — J. BILLAUX. Le ventose secche come mezzo di autoemoterapia e loro applicazione nell'influenza.

Bull. Acad. d. méd., 11 luglio. — G. CARRIÈRE. Trattamento della pertosse con il gomenolo e la tenda all'eucaliptolo — M. FROIS. Le intossicazioni da tetracloretano.

British med. Journ., 22 luglio. — J. HAY. Alcuni aspetti delle malattie cardiache. — W. H. WILLCOX. Avvelenamento acuto da arsenico. — M. BROCKBANK. Il siero sanguigno nell'anemia perniciosa.

Journ. d. praticiens, 22 luglio. — HARTMANN. L'esame di un malato chirurgico. — H. VIGNES. Malaria e gravidanza.

Prensa med. Argent., 20 giugno. — J. B. GONZALEZ. Il parto nelle donne con pelvi piana e falso promontorio attivo. — N. TAGLIAVACCHE. Frattura delle apofisi trasverse delle vertebre lombari.

New York State Journ. of med., luglio. — F. M. JOHNSON. Trattamento dei tumori della parotide col radio. — R. D. CARMAN. Limiti della diagnosi radiologica.

ARCHIVI.

Ann. Ost. e Ginec., luglio. — C. BUA. Sullo struma dell'ovajo. — G. REVELLI. La bleumetilenereazione nelle orine della donna. — M. MOZZETTI MONTERUMICI. I raggi ultravioletti nelle forme infiammatorie ginecologiche.

Endocrinology, maggio. — THOR STENSTRÖM. Patogenesi e terapia del diabete insipido. — E. S. CROSS. Un caso di diabete insipido con processo maligno nelle ossa craniche.

Ann. de Méd., giugno. — L. BARD. Fisiologia dei ricettori periferici e delle vie centripete del simpatico. — N. FIESSINGER e P. BRODIN. L'anergia epatica nella tubercolosi. — DELATER. Lesioni istologiche delle ghiandole salivari negli orecchioni.

Osped. Mag. Milano, giugno. — V. MATTEI. Ittero emolitico famigliare splenomegalico.

L'Encephale, giugno. — A. ANTHEAUME. I principî generali che debbono guidare l'assistenza dei psicopatici. — ANDRÈ-THOMAS. Studio sperimentale delle localizzazioni cerebellari. — A. BROUSSEAU e O. RAEDER. La psicoanalisi e la neuropsichiatria americana.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. **L. Pozzi, ed. resp.**

ANNO XXIX **Roma, 16 Ottobre 1922** **Fasc. 42**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.
Direttore: Prof. G. VIOLA.

Sulla natura chimica della reazione di Rivalta negli essudati.

Dott. F. ALZONA
1° Assistente e Libero Docente.

(Nota preliminare).

Universalmente nota ed apprezzata, per la distinzione fra essudato e trasudato, è la prova di Rivalta, le cui prime ricerche in proposito rimontano al 1895, ricerche che furono in seguito approfondite, modificate e riunite in uno studio pubblicato nel 1905. Inutile, mi pare, data la sua notorietà, parlare delle modalità della reazione: obbietto, invece, del presente contributo ne è la natura chimica.

Rivalta stesso, studiando il precipitato ottenibile colla sua reazione, in base alle sue proprietà chimiche giudicò trattarsi di una «sieroglobulina», la quale sarebbe contenuta, oltre che negli essudati, anche nei trasudati: la differenza di comportamento di questi ultimi rispetto ai primi, per ciò che riguarda la reazione coll'acido acetico, sarebbe dovuta al fatto che le sieroglobine si troverebbero nei trasudati in quantità scarsissime, sì da dare una reazione o negativa oppure estremamente debole.

La reazione di Rivalta si manifesta pure colle soluzioni d'albumina dell'uomo, la quale contiene ovalbumina, ovoglobulina, ovomucoide e sarebbe dovuta precisamente alla ovoglobulina.

Pur ammettendo che il precipitato isolato dal Rivalta sia composto, come egli afferma in base a ricerche condotte con ogni accuratezza e rigore di metodo, in massima parte di sieroglobulina, io sono partito per le mie ricerche dal fatto che in moltissimi organi del corpo umano è possibile isolare sostanze, le quali godono di proprietà precipitanti rispetto alle albumine in genere quando accanto ad esse si trovino, in ambiente debolmente acido. Il tipo di queste sostanze è rappresentato dall'*acido solfocondroitinico*, isolato per la prima volta da Moerner nel 1885 dalla cartilagine e al quale si riallaccia una serie di combinazioni chimiche, con proprietà identiche o molto simili, isolate da organi e tessuti svariati. Io stesso, nel Laboratorio del prof. Hofmeister in Strasburgo, nel 1913-14, isolai combinazioni analoghe dalla mucosa dell'intesti-

no e dello stomaco, dalla prostata, dalla mucosa vescicale, dalla tiroide. Rimando per maggiori dettagli alla mia pubblicazione d'allora. Solo, quì ricorderò che, con opportune modificazioni di metodo, riuscii ad ottenere prodotti affatto esenti da fosforo, risultato non conseguito fin'allora, almeno per i derivati da alcuni organi (ad es., la mucosa gastrica), da alcun ricercatore precedente. Fatto, questo, che aveva dato adito alla discussione se si trattasse di acido nucleinico incluso nel prodotto finale come semplice impurità, oppure di una vera combinazione fosforata.

Ai prodotti isolati dalla mucina dei tendini, dalla milza, dal rene, dal pancreas, dal fegato Levene, Mandel e Neuberg diedero il nome di «acidi glucotionici». Io proposi, invece, d'accordo con Hofmeister, aggiungendo alla serie quelli da me isolati, la denominazione di «acidi condroitici», per le analogie strettissimie di comportamento con il tipico acido solfocondroitinico, da cui differivano, almeno apparentemente, per la loro costituzione chimica. E ho detto «almeno apparentemente», per la ragione che solo una fede relativa si può prestare alle analisi chimiche cui furono sottoposti, tanta è la difficoltà d'ottenere prodotti puri, o che, nei vari processi che vengono usati per il loro isolamento e purificazione, non subiscano delle modificazioni strutturali notevoli. Essi si presentano allo stato secco come polveri amorfe e si comportano, dal punto di vista fisico-chimico, come dei colloidi.

Le loro proprietà fondamentali, simili a quelle del tipico acido solfocondroitinico, sono le seguenti:

1° precipitano, in ambiente acido, l'albumina e la gelatina;

2° trattati con acidi energici e a caldo, si scompongono in acido solforico ed una sostanza fortemente riduttrice;

3° vengono precipitati dalle loro soluzioni per l'aggiunta di alcool e di acido acetico in eccesso.

In base a queste considerazioni, applicai il metodo d'estrazione usato per la mucosa gastrica ed intestinale e per gli altri organi al precipitato ottenuto colla reazione di Rivalta dagli essudati, con opportune modificazioni.

A tale scopo, mi procurai dapprima una certa quantità della sostanza da esaminare diluendo l'essudato con due-tre volumi d'acqua acidulata con acido acetico (5 goccie per ogni 100 cc. di H_2O, secondo le prescrizioni di Rivalta). Trovai che il miglior modo di procedere è quello di lasciar cadere l'essudato da un imbuto separatore in un sottil getto filiforme nell'acqua acidulata sottostante. Si lascia riposare qualche ora; poi, senza decantare, si aspira con una pompa ad acqua il liquido trasparente soprastante, badando di non scuotere il vaso. Al precipitato rimasto in fondo, bianco fioccoso, viene aggiunta una certa quantità d'acqua, variabile secondo la quantità di esso. Per es., per quello ottenuto da circa due litri d'essudato, sono sufficienti 2-300 cc. di H_2O.

In una prima serie di ricerche d'orientamento, giunto a questo punto, ho seguito il metodo, che avevo adoperato per gli altri organi: ho, cioè, aggiunta soda nella proporzione di due grammi per ogni 100 cc. di liquido e lasciato digerire per due giorni. Questa digestione per mezzo di alcali aveva lo scopo di rompere gli eventuali e possibili legami del supposto acido condroitico col complesso proteico, in modo da renderlo libero ed impedire la sua eliminazione coi successivi trattamenti precipitanti delle sostanze proteiche. Ma, con ricerche successive, mi sono accorto che tale digestione, nel caso degli essudati, è per lo meno inutile, essendovi concordanza di risultati anche se viene omessa.

Perciò, il liquido formato dai 2-300 cc. d'acqua, che ha una debolissima reazione acida per tracce di acido acetico e che contiene sospeso il precipitato, viene neutralizzato con soda diluita: detto precipitato allora si ridiscioglie. La soluzione avviene più rapidamente se s'aggiunge qualche goccia di soda in eccesso. In quest'ultimo caso, a soluzione avvenuta, occorre neutralizzare nuovamente con acido acetico diluito, con molta cautela: una goccia in più di acido acetico fa riprodurre il precipitato. Si procede in seguito alla precipitazione di tutte le sostanze albuminoidi saturando con acido picrico in cristalli; a saturazione avvenuta, ciò che si riconosce dal depositarsi di uno strato di acido picrico insoluto, si acidifica leggermente con acido acetico per agevolare detta precipitazione, la quale avviene in generale rapidamente e completamente. Si filtra e il filtrato viene neutralizzato con soda, di cui occorre una certa quantità perchè una parte di essa si lega coll'acido picrico libero. Per poter giudicare dell'avvenuta neutralizzazione è conveniente aggiungere qualche goccia di soluzione alcoolica di fenolftaleina, giacchè il colore giallo intenso della soluzione rende impossibile la determinazione del grado di acidità o relativamente di alcalinità per mezzo delle cartine di tornasole.

Ciò fatto, il liquido si concentra fortemente a bagnomaria, fino a che non ne rimangono che 20 o 30 cc., che vengono filtrati alla pompa per liberarli dalla massa cristallina salina, che se ne separa durante la concentrazione. Il liquido ottenuto, scuro, un po' sciropposo, si lascia cadere goccia a goccia in acido acetico glaciale, che deve essere abbondante (150-200 cc.). Si osserverà allora, o subito o dopo qualche minuto, un intorbidamento, cui fa seguito una separazione di fiocchetti biancastri. Si centrifuga, si decanta dai tubi l'acido acetico limpido soprastante, si scioglie il precipitato rimasto in fondo in pochissima acqua e si ripete la precipitazione con

acido acetico glaciale. Tale procedimento va ripetuto sino a quando la sostanza sia libera di ogni traccia di acido picrico e l'acido acetico rimanga, dopo la precipitazione, incolore; ciò che avviene, in generale, dopo tre volte. Si ridiscioglie il precipitato in poca acqua distillata (20-30 cc.), si neutralizza accuratamente con soda; poi si aggiungono 4-5 volumi almeno di alcool assoluto: il liquido dapprima s'intorbida, poi lascia separare un precipitato bianco, che si centrifuga per poi ridiscioglierlo e riprecipitarlo con alcool tante volte fino a quando dall'alcool sia scomparsa la reazione dell'acetato di sodio (con l'aggiunta di cloruro di ferro colorazione rossa a freddo, precipitato a caldo; con l'aggiunta di acido solforico ed ebollizione, odore di etere acetico).

In generale, dopo due precipitazioni, è sufficiente lavare su filtro con alcool caldo. Se poi si vogliono studiare solo le reazioni principali della sostanza, senza preoccupazioni di averla pura al possibile, basta una sola precipitazione coll'alcool, seguita da lavaggio con alcool caldo su filtro.

Infine, il precipitato si lava con etere e si pone in essiccatore. Se la quantità ottenuta è molto piccola, dopo il lavaggio con etere, lo si porta in una capsuletta e lo si scioglie in acqua distillata.

Il metodo suesposto è molto simile a quello che usai per la separazione degli acidi condroitici; se ne differenzia solo per l'abolizione della digestione con soda, cui già ho accennato e che si dimostrò inutile, e per quella dell'aggiunta a un dato momento di cloruro di calcio, che aveva lo scopo di far precipitare gli acidi nucleinici, aggiunta che si dimostrò essa pure superflua.

Procedendo in tal guisa, ottenni dal precipitato risultante dalla reazione di Rivalta una sostanza di color bianco o bianco sporco, che anche partendo da una notevole quantità d'essudato, è sempre scarsa. Tanto scarsa che, finora, non ho ancora potuto estrarne a sufficienza per un'analisi chimica, essendomi servito delle porzioni ottenute volta per volta per studiarne le principali caratteristiche e reazioni.

Le proprietà fondamentali della sostanza sono le seguenti:

1° È facilmente solubile in acqua, dando una soluzione limpida o leggermente opalina, a seconda della concentrazione. L'aggiunta di alcali o di acido non altera nè la solubilità del prodotto nè la trasparenza della sua soluzione;

2° La prova del biurete è assolutamente negativa per la presenza di albuminoidi e loro prodotti di scissione; negative sono pure tutte le altre reazioni delle sostanze proteiche;

3° Se si prendono due-tre cc. di una soluzione di albumina pura, anche fortemente diluita e vi si aggiunge una goccia della soluzione della sostanza, non si osserva alcuna modificazione nella trasparenza della soluzione; se ora si acidifica leggermente con acido acetico, si ha immediatamente a freddo, un *intorbidamento notevolissimo*. A maggior evidenza del fenomeno, si può procedere per controllo anche in modo diverso: preparare, cioè, due soluzioni già acidificate, l'una di albumina, l'altra della sostanza in esame, le quali rimarranno limpide. Riunendole, si manifesterà fenomento della precipitazione. Oppure, si potranno mescolare le due soluzioni allo stato neutro e farle cadere, goccia a goccia, nell'acqua debolmente acidulata, come nella prova di Rivalta: s'osserverà la formazione di una nubecola persistente appunto come nella reazione di Rivalta. Mentre invece, se dette soluzioni, o separatamente o mescolate, si lasciano cadere in acqua non acidulata, la nubecola persistente non si produce;

4° La sostanza non ha alcun potere precipitante sulle soluzioni acidificate di gelatina;

5° Non contiene fosforo;

6° Se si fanno bollire alcuni cc. di soluzione della sostanza con liquido di Fehling, non s'osserva alcuna riduzione; se invece, prima di trattare col Fehling, si fa bollire almeno con HCl a volume uguale, poi, dopo alcalinizzazione, si aggiunge il $CuSO^4$, si ha una forte riduzione di quest'ultimo ad ossidulo idrato di rame;

7° Le prove coll'orcina e la fluoroglucina (pentosi) e quella colla naftoresorcina (acido glicuronico) riescono negative.

Mosso nelle prime ricerche dal pensiero, che la sostanza in esame, estratta secondo il metodo originale per gli acidi condroitici, potesse ascriversi appunto al gruppo di detti acidi e che quindi ne possedesse tutte le caratteristiche chimiche, ricercai in essa l'eventuale presenza di acido solforico. M'accorsi subito di una profonda differenza di comportamento. E cioè, mentre negli acidi condroitici la presenza di acido solforico si fa manifesta solo dopo ebollizione per almeno un minuto con HCl concentrato a parti eguali, che conduce alla rottura di legami endomolecolari (infatti l'aggiunta di $BaCl_2$ alla soluzione di acido condroitico la lascia limpida e si ha precipitazione di $BaSO_4$ solo dopo ebollizione come detto sopra con HCl concentrato), nella sostanza in esame la semplice aggiunta alla sua soluzione di $BaCl_2$, a freddo, senza

quindi previa ebollizione con HCl, produceva il caratteristico precipitato di $BaSO_4$, polverulento, finissimo, passante attraverso i filtri, insolubile negli acidi concentrati. Che vi fosse dell'H_2SO_4 si poteva dimostrare anche tirando a secco qualche cc. di soluzione, calcinando in seguito in crogiuolo di platino fino a combustione totale della parte organica, riprendendo poi le ceneri con HCl diluito e trattando con soluzione di $BaCl_2$: si otteneva in tal modo la formazione del caratteristico precipitato di $BaSO_4$.

Il mio primo dubbio fu che, nelle manipolazioni d'estrazione, come può avvenire nel caso del tipico acido solfocondroitinico, parte dell'H_2SO_4 legato chimicamente col resto della molecola, si mettesse in libertà e si comportasse appunto come acido solforico libero, indipendentemente da un'altra porzione la quale avesse resistito all'azione disgregatrice del processo d'estrazione e fosse rimasta combinata e perciò dimostrabile solo dopo scissione dei suoi legami. Quindi ricercai quest'altra porzione di H_2SO_4 trattando la soluzione della sostanza con $BaCl_2$ a freddo, separandone poi per centrifugazione e filtrazione accuratissima il precipitato di $BaSO_4$ formatosi; resola perciò nuovamente limpida, bollendola per due minuti con HCl concentrato a parti uguali. Non ottenni in questo modo nessuna precipitazione supplementare di $BaSO_4$: si doveva perciò ammettere che probabilmente, oltre all'acido solforico libero trovato, altro non ve ne fosse liberabile dalla molecola della sostanza in esame, almeno con quel mezzo che aveva servito appunto a questo scopo nel tipico acido solfocondroitinico e cogli acidi condroitici. D'altra parte a questa conclusione mi spingeva anche il fatto che il processo d'estrazione da me usato era quanto mai poco lesivo per l'edificio molecolare anche di sostanze facilmente decomponibili, avendo in esso abolita anche la primitiva digestione con soda.

Pensai allora alla presenza nell'essudato stesso di acido solforico, salificato, che come impurità, accompagnasse la sostanza in istudio nelle varie tappe del processo d'estrazione. È noto, infatti, come, lavorando coi colloidi, sia talvolta estremamente difficile, se non addirittura impossibile, liberarli da sali, che, nelle precipitazioni successive, rimangono intimamente commisti ai precipitati dei colloidi stessi, anche dopo ripetute precipitazioni e lavaggi.

Tale ipotesi viene anche suffragata da un recente lavoro di Heubner e Meyer-Bisch (1921), i quali dimostrarono negli essudati di natura infiammatoria delle sierose la presenza di solfati, accanto ad acido solforico esterificato.

Questa indimostrabilità di acido solforico legato chimicamente alla molecola della sostanza in esame e il fatto della mancanza in essa della proprietà di precipitare le soluzioni acidificate di gelatina costituiscono una differenza profondissima, essenziale fra detta sostanza e gli acidi condroitici.

Vi sono invero fra acido condroitinico e sostanza in esame dei punti di contatto: ambedue precipitano l'albumina in ambiente acido (sebbene la precipitazione data dall'acido condroitico sia molto più energica e la reazione più sensibile): ambedue contengono un nucleo riduttore del Fehling, previa ebullizione con HCl concentrato. Ma le differenze hanno per noi maggiore valore delle somiglianze: quindi ci guardiamo bene dall'ammettere senz'altro una parentela chimica fra la sostanza isolata coll'acido condroitico prima di avere approfondito i nostri studi in proposito e specialmente aver fatto eseguire l'analisi chimica del prodotto, cosa che ci riserviamo di fare in avvenire. Ci basti infatti, in questo nostro studio, che vuol avere i caratteri di una nota preliminare, di avere indicato, nel precipitato che si ottiene colla reazione di Rivalta, la presenza, oltre alla parte proteica costituita secondo Rivalta stesso da globuline, di una sostanza non proteica, isolabile, la quale, unita nuovamente ad una proteina, riproduce il fenomeno della reazione stessa, sostanza alla quale si potrebbe ascrivere una notevole influenza nella produzione del caratteristico precipitato in acqua acidulata.

Il Pollitzer, nel 1913, nel suo studio sopra l'albuminuria ortostatica, che egli dimostrò accompagnarsi a condroituria, affermò d'aver trovato in essudati pleurici col metodo di Moerner acido condroitico. Ciò sarebbe di grande importanza dal nostro punto di vista, se fosse un fatto costante per tutti gli essudati. Ma, per parte nostra, pur senza contestare l'affermazione di Pollitzer, crediamo di poter pure affermare che mai trovammo, col nostro metodo di estrazione, che pur si dimostrò in passato atto a svelarne piccolissime quantità ed è percio un perfezionamento di quello di Moerner, vero e tipico acido condroitico, mentre, *costantemente*, ci fu dato di dimostrare la presenza della sostanza obbietto del presente studio preliminare.

BIBLIOGRAFIA.

1. RIVALTA. Rif. Med., aprile 1895. — Riv. Crit. Clin. Med., 1903, pag. 655. — Congresso

Med. Int., 1903. — Policl., Sez. Prat., 1904, n. 4. — Policl. Sez. Med., 1905, pag. 437.
2. ALZONA. *Bioch. Ztschr.*, 1914, Bd. 66, pag. 408.
3. HEUBNER e MEYER-BISCH. Bioch. Ztschr., 1921, Bd. 122, pag. 120.
4. POLLITZER. Ren Juvenum. Urban e Schwarzenberg, Berlin 1913, pag. 164.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE V. E. II IN CATANIA.

Myiasis muscosa (da Sarcophaga magnifica Schiner) su tigna favosa

per il prof. PIETRO STANCANELLI,
primario specialista,
libero docente di Clinica dermosifilopatica.

Il caso seguente, che è capitato sotto la mia osservazione nella scorso autunno, e che mi accingo a riferire succintamente, mi sembra non privo di un certo interesse, come contributo clinico allo studio delle lesioni tegumentarie prodotte da larve cuticolari di ditteri.

Trattasi di tal B. A., di anni 19, da Regalbuto, pastore; nulla di importante nei suoi precedenti famigliari ed individuali. Vivendo per ragioni del suo mestiere quasi sempre all'aperto ed in zone malariche è stato colpito dall'infezione, che ha ceduto all'uso dei sali di chinina: ha, nello stesso periodo di tempo, contratto l'abitudine di dormire spesso all'aria aperta di pieno giorno, riparandosi dai raggi solari col proprio berretto.

Fin dai primi anni della sua esistenza è stato colpito da una affezione del cuoio capelluto, che è stato lentamente ma progressivamente invaso nella sua totalità, e da cui è derivata la distruzione di gran parte del capillizio e la presenza di larghe e numerose cicatrici residuali; dappoichè tale affezione, lungi dall'essere curata è rimasta per lunghi anni abbandonata a se stessa, in attesa di una guarigione spontanea.

Egli difatti non viene a consultarmi per questa dermatosi, ma sibbene per le vivissime sofferenze che gli cagiona una nuova lesione all'occipite e alla parte alta della nuca, che rimonta ad appena quattro giorni prima e che si è prodotta, a quanto egli asserisce, dopo di essere stato colpito sulla testa nuda, da una pala di fico d'India staccatasi bruscamente dal tronco. Egli non notò sul punto colpito una qualsiasi soluzione di continuo e lì per lì non vi fece caso. Ma durante la notte cominciò ad avvertire un prurito intenso che veniva via via facendosi più molesto, e ben presto si tramutò in dolore sempre più vivo, e più profondo come se fossero rosicchiati i tessuti molli del cranio, e come se le ossa fossero minacciate di imminente perforazione. Nel contempo egli notò che sul punto colpito, sede di queste sofferenze che divennero ben presto intollerabili, veniva formandosi una tumefazione rossa, calda, pulsante che crebbe rapidamente di volume e che poco tempo dopo si aperse dapprima in un punto con una piccola ulcerazione lenticolare, e in seguito, nel mentre la tumefazione veniva assumendo le vaste attuali proporzioni, venne come crivellata da numerose altre analoghe ulcerazioni.

D'allora egli non ha avuto più tregua, e non ha potuto riposare un solo istante di giorno e di notte; tanto che sebbene leggermente febbricitante si decide ad allontanarsi dal suo paese e a recarsi in città, dove si presenta alle mie consultazioni.

All'esame obbiettivo: è un giovane robusto e ben formato, ma presenta il colorito caratteristico terreo dei malarici. L'espressione del volto, eccitata e depressa nel tempo istesso tradisce lo stato della sua grande irrequietezza e della sua viva angoscia.

Mucose visibili pallide, ma senza alterazioni degne di nota: assenza di adenopatie e di altri sintomi riferibili ad eventuale infezione venereo-sifilitica.

La milza è notevolmente tumefatta, dura e rivela i caratteri del comune tumore splenico da malaria: il fegato anch'esso ingrandito, deborda per circa un dito trasverso dall'arcata costale. Nulla a carico degli altri organi interni.

Il cuoio capelluto, su cui si è venuta evolvendo l'affezione cronica, iniziatasi fin dalla prima infanzia, e su cui si è sviluppata la nuova lesione a decorso acutissimo, si presenta in quasi tutta la sua totalità disseminato di numerose chiazze qua e là squamose e crostose grigiastre, aderenti, in corrispondenza delle quali i capelli si presentano diradati, rugginosi, come impolverati; frammisti a queste chiazze si osservano ancora parecchi caratteristici scutuli di colorito giallo-solfo e giallo-brunastro e parecchie cicatrici atrofiche rosee alcune e biancastre altre, e tutte irregolari, su cui si vedono sorgere qua e là pochi e grossi capelli, isolati o riuniti in piccoli ciuffetti e per altro ben conservati. Da tutto il cuoio capelluto promana un nauseabondo caratteristico odore di topaia.

L'esame microscopico praticato mercè la macerazione in soluzione di potassa caustica al 30 % di alcune squame, di frammenti di scutuli e di peli alterati, conferma, con la presenza di numerosi micelii e spore di Achorion Schönlein, la diagnosi clinica (che, per i caratteri obbiettivi della lesione era per se stessa evidente ed indubbia) di tigna favosa del cuoio capelluto.

In corrispondenza poi della borsa occipitale si osserva una grossa tumefazione ellittica, col maggior diametro in senso verticale e della forma e dimensioni di un grosso uovo di tacchino. Rossa e lucente alla ispezione, dolentissima, calda, molle, edematosa e come crepitante alla palpazione, questa grossa tumefazione, ricoverta in parte da radi ciuffetti di peli, e in gran parte da chiazze alopeciche cicatriziali, presenta sulla sua superficie, quasi uniformemente liscia, ben nove ulcerazioni lenticolari, a contorno quasi esattamente circolare, a margini netti, tagliati a picco, fortemente ulcerati a fondo irregolare, anfrattuoso, e di un singolare colorito bianco-avorio lucente, su cui spiccano vivamente oltre a piccoli grumi sanguigni numerosi punticini neri, fortemente semoventi, in mezzo al liquido siero-puriforme, spumoso, fetido che riempie tutte le cavità ulceranti.

All'esame con lo specillo si rivela una vasta cavità profonda fino alla scatola cranica, con la quale comunicano largamente tutte le ulcerazioni cutanee tra loro intercomunicanti: non si percepiscono sul fondo punti di osso scoperti.

La mobilità estrema del fondo delle ulcerazioni, che dava quasi la impressione di un grasso in ebollizione e dei puntícini nerastri ci permise, ad una più attenta indagine, di constatare in esso la presenza di innumerevoli larve bianche, mobilissime che sembravano occupare tutta la vasta cavità, formandovi come un inestricabile groviglio. Una goccia di tintura di jodio, infatti, fatta cadere su una delle ulcerazioni cutanee ricomparve rapidissimamente su tutte le altre, come rimescolata e sospinta da una massa semovente, nel mentre determinò un assai più vivace movimento delle larve, che si trasmetteva, sotto forma di più lente oscillazioni, su tutta la massa della tumefazione.

Con la pinza potei estrarre alcune di queste larve, della approssimativa lunghezza di 4-5 millimetri, di colore biancastro, con corpo segmentato e larghe corone di uncini, che conservai in apposita campana di vetro, affinchè servissero per la successiva loro identificazione.

Nel contempo in vista dei vasti scollamenti, dell'ampiezza della cavità formatasi, della straordinaria abbondanza delle larve, e delle gravi sofferenze dell'infermo, consigliai un intervento chirurgico che fu accolto senza discussione e rapidamente eseguito in un ambulatorio chirurgico. Furono praticate pertanto una incisione longitudinale lunga circa 7 centimetri, e quattro altre più piccole, di circa 4 cm. a queste perpendicolari e fra di loro quasi parallele, in guisa da comprendere le ulcerazioni preesistenti. Ne risultò una larga breccia, irregolare, tutta ripiena di innumerevoli larve che fuoriuscivano da ogni dove, dal fondo e dai recessi dell'ulcerazione. Una accurata deterzione, una medicatura asettica e poche altre medicature furono sufficienti per avviare la lesione alla riparazione: tanto che l'infermo, il quale subito dopo l'intervento si sentì risollevato e sottratto alle sue sofferenze, dopo poco più di una settimana, potè essere rinviato in via di guarigione al proprio paese.

Alcune delle larve estratte furono inviate, per la loro identificazione, al Chiarissimo professore B. Monterosso, aiuto nell'Istituto di Zoologia di questa R. Università, diretta dall'illustre prof. A. Russo.

Non essendosi potuto per varie ragioni ottenere la metamorfosi della larva in ninfa e in insetto perfetto, nè allo stato di pupa, l'indagine dovè essere necessariamente portata sul dittero alla fase larvale: ciò che richiese delle ricerche più lunghe e più pazienti, dappoichè — come fa osservare il Méguin — le larve delle Sarcophaginee, si rassomigliano talmente che « il n'y a qu'un moyen de les distinguer, c'est d'obténir l'insecte parfait par la transformation de ces larves (Les parasites et les maladies parasitaires. Masson, 1880, pag. 4546).

Tuttavia il prof. Monterosso, che qui vivamente ringrazio della cortese ed autorevole collaborazione, potè attribuire le larve in esame alla specie *Sarcophaga magnifica Schiner* (Sin: Sarcophaga Wohlfahrti Portchinsky) che fin dal 1856 il nostro Rondani aveva descritto come appartenente a un genere diverso (*Sarcophila*).

Trattasi adunque, nel caso in esame, di una *myiasis muscosa del cuoio capelluto da Sarcophaga magnifica* (Schiner), *sviluppatasi sopra una tigna favosa.*

* * *

Il reperto delle Sarcophaginee nei casi di dermato-myiasis muscosa, è tutt'altro che raro: basterà ricordare, soltanto fra i nostri osservatori, i casi del Maiocchi, dell'Alessandrini, del Mibelli (Sarcophaga carnaria), quelli dell'Alessandrini e del Carruccio (Sarcophaga affinis), quello del Di Napoli (Sarcophaga Beckeri), ecc. Altri ditteri riscontrati in Italia, come cause di myiasis sono la Lucilia Caesar (Maiocchi) la Lucilia sericata (Calendoli), la Calliphora vomitoria (Jannuzzi), la Calliphona infecta (Calendoli), ecc.

Il reperto però della Sarcophaga magnifica nella dermato-myiasis muscosa dell'uomo è di una grande rarità nelle nostre contrade, e, se non sono in errore, credo che l'osservazione attuale sia la prima descritta in Italia, e una delle pochissime acquisite alla letteratura dermatologica.

Consultando invero la bella e completa monografia del Porta del 1915 (1) non si trovano che ben pochi casi di Myiasis da S. magnifica: quello del Blanchard osservato in Rumania, del Dubois, tra il 1876-77, le osservazioni del Laboulbène, descritte fra il 1884 e il '99, ed infine il caso rimasto famoso del Joseph, nel quale, sopra numerosi foruncoli della nuca, si osservò la formazione di una vasta suppurazione con ulcerazioni e da cui si estrassero più di un centinaio di larve di Sarcophaga magnifica.

In Italia nessuna osservazione, che io mi sappia, di tale myiasis, se si eccettui il reperto di larve cavicole recentemente descritto dal Rugani che tali larve rinvenne nell'orecchio (1920) (2), e che trova riscontro in numerose altre osservazioni di parassitismo cavicolare delle larve del dittero in quistione nelle regioni in cui tale dittero è comune.

La Sarcophaga magnifica infatti studiata pel primo dal Wohlfahrt, che ne seguì lo sviluppo da larva in insetto perfetto, d'onde la sinonimia di *Wohlfahrtia magnifica Schiner*, e me-

---

(1) A. PORTA. *Le myiasi cutanee nell'uomo.* Giornale Italiano Malattie veneree e della pelle, 1915, fasc. I. Si può pure utilmente consultare: FORCONI. *Dermato-myiasis muscosa ed oestrosa*, Siena, 1915.

(2) Boll. Mal. Orecchio, naso e gola, n. 5.

glio ancora illustrata dal Portschinsky, è molto comune in Russia, specie nel governatorato di Mohilew, dove costituirebbe un flagello per tutto il paese; ma si trova anche in Germania, Austria, Ungheria, Romania, Francia e Norvegia e nell'Asia Minore. Vive soltanto all'aria aperta e depone le larve nelle ulcerazioni, ferite degli animali domestici (buoi, montoni, cani, maiali) e nei volatili domestici (più specialmente le oche) e dell'uomo in cui furono rinvenute nell'orecchio, nel naso, faringe, palato, e nelle ulcerazioni cutanee, specialmente in individui che, come il nostro soggetto, sogliono dormire all'aria aperta (cfr. Porta, loc. cit.). Ad onta tuttavia di così larga diffusione geografica di queste varietà di dittero, i casi di myiasis muscosa prodotta dalle sue larve, sono, come abbiamo visto, assai rare; se non si voglia accettare quanto diceva il Raillet che ritiene viceversa essere la Sarcophaga magnifica — in Francia almeno — la mosca delle piaghe per eccellenza, ed opina anzi che nella identificazione di numerose larve cuticolari si siano commessi molti errori a detrimento di questa varietà (Porta, l. c.).

Comunque la rarità del caso riguarda le nostre contrade e sotto questo punto di vista ci è parso interessante di renderlo di pubblica ragione.

Esso peraltro — a parte il genere di larve volta a volta rinvenute — si rassomiglia di molto e per sede e per preesistenza di altre lesioni, così alle osservazioni di Joseph (1) (myiasis di S. magnifica su foruncolosi della nuca), come a quelle dell'Alessandrini (2) e del Di Napoli (myiasis su pedicolosi del cuoio capelluto e lesioni infiammatorie consecutive con sviluppo di odore nauseabondo per materiale organico in putrefazione).

Ma esso fa sopra tutto ricordare quello recentemente descritto dal Carruccio (3), di una *myiasis da S. affinis* sul cuoio capelluto affetto da tigna squamosa, mentre qui la myiasis si sviluppa su una forma prevalentemente scutulare.

(1) E. JOSEPH. *Ueber Myiasis externa dermatosa.* Monaschefte für Praktische Dermatologie, 1888, T. V., pag. 49.

(2) ALESSANDRINI. *Raro caso di parassitismo nell'uomo dovuto alla larva di Sarcophaga affinis.* Bull. Società Romana di Studi Zoologici, 1895, vol. IV, pag. 278.

(3) DI NAPOLI. *Sopra un caso di dermatomyiasis muscosa da Sarcophaga Beckeri osservato in Tripoli.* Annali di Medicina Navale e Coloniale, anno XX, vol. I, fasc. 4-5, 1914.

(3) CARRUCCIO. *Myiasis in Favus sine Favis.* Giornale It. mal. veneree e della pelle, 1920, pag. 403.

E queste osservazioni confermano insieme il fatto già da molti entomologi accertato, che i ditteri non depongono le loro uova che sulle sostanze organiche in decomposizione, capaci di dare il nutrimento nel periodo larvale, e dal cui odore caratteristico esse vengono attratte, e che d'altro canto la maggior parte dei ditteri non hanno il potere di deporre le loro uova nella profondità dei tessuti, non potendosi ritenere adatto a tale bisogna l'oviscatto di cui sono fornite.

Questa necessaria preesistenza di una soluzione di continuo sulla cute, nei casi di dermato-myiasis, non rende pertanto, nel nostro caso, integralmente attendibile la versione data dall'infermo, che attribuisce la lesione all'urto subito dalla pala di fico d'India. Non è ammissibile infatti una inserzione di uova deposte sulla pala, quando l'infermo era in continuo contatto con buoi, su cui la S. magnifica depone spesso le sue uova. Appare più verosimile invece il ritenere, che durante le sue ore di sonno fatte durante il giorno all'aperto e col capo nudo, la Sarcophaga avesse deposto le sue uova su qualcuno dei dischi favici o delle chiazze squamose, e che, per quanto l'infermo lo neghi, l'urto con la pala di fico d'India (che anche nelle varietà domestiche è fornita di piccoli aculei), abbia determinato delle piccole impercettibili soluzioni di continuità, attraverso le quali le larve, già esistenti alla superficie, avranno potuto farsi strada per guadagnare gli strati profondi, già alterati per la lesione preesistente.

Di guisa che il traumatismo se non ha rappresentato una pura coincidenza causale, ha il valore probabilmente di una causa occasionale, determinante un *locus minoris resistentiae*, ove si pensi che la myiasis si sviluppò nel punto su cui l'agente traumatico esplicò la sua azione, che i primi fenomeni apparvero in immediata conseguenza di questa ed ove si tenga conto, che, data la brevità della fase larvale delle Sarcophaginee, i pochissimi giorni che nel nostro caso intercedettero dall'apparizione dei primi sintomi alla formazione dell'ascesso e delle ulcerazioni trovano una impressionante analogia e somiglianza col decorso di quasi tutte le analoghe osservazioni precedentemente acquisite alla letteratura dermatologica.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

OSPEDALE CIVILE DI COSENZA
diretto dal prof. ROBERTO FALCONE.

Sulla rachianestesia

per il dott. RAFFAELE PALMA, assistente.

Da un ventennio a questa parte, dopo cioè che Bier mostrò potersi ottenere l'anestesia per via endorachidea, tale metodo è entrato nella pratica comune appassionando più o meno i moderni chirurgi, i quali in sul principio lo accolsero col più grande entusiasmo, in quanto in esso si volle trovare la via di mezzo tra gli inconvenienti dovuti alla narcosi per inalazione (nefrite, schock) e la ristretta applicazione dell'anestesia locale alla Schleich. Ma, al facile entusiasmo del primo momento, subentrò un senso di sfiducia e le opinioni più disparate si formularono per spiegare gli inconvenienti che a mano a mano si vennero registrando da parte dei diversi autori. Alcuni dei quali li attribuirono a difetti di tecnica, altri alle proprietà intrinseche dei farmaci usati, per l'effetto dell'azione da essi esercitata sulla sostanza nervosa.

Attualmente tre alcaloidi si contendono il primato nel campo della rachio-anestesia: la cocaina, la stovaina e la novocaina. (Altre sostanze come l'alipina, l'eucaina, la tropacocaina, ecc., sono di uso non comune). In un primo momento fu usata per tale pratica la cocaina. Ma ben presto tale medicamento venne proscritto, dato il suo potere tossico, sebbene su ciò i pareri dei diversi AA. siano discordi, a seconda delle diverse interpretazioni dei fenomeni accidentali registrati; tanto che, anche oggi, non mancano estremi difensori dell'uso della cocaina nell'anestesia spinale. Le Filliatre è convinto sostenitore che, in generale, gli accidenti consecutivi all'anestesia per via endo-rachidea, siano in dipendenza unicamente dell'ipertensione del liquido cefalo-rachidiano, ipertensione che è dovuta a ipersecrezione di difesa dell'aracnoide, non appena viene a contatto del liquido anestetico. Donde il precetto, secondo l'autore, di estrarre sempre una certa quantità di liquido cefalo-rachidiano, prima dell'introduzione dell'anastetico nello speco vertebrale. Pratica questa che se è necessariamente indispensabile e sufficiente per la cocaina, non avrebbe valore però nei riguardi della cocaina. In uno studio recentissimo, egli infatti dimostra, che, fermo restando il principio che tutte le soluzioni anestetiche determinano la stessa ipersecrezione di difesa da parte dell'aracnoide, la differenza fra gli alcaloidi usati sta nella diversa azione da essi esercitata sulla cellula nervosa. Così mentre con la stovaina si eserciterebbe sulla cellula nervosa un'azione paralizzante, tale da controbilanciare l'azione stimolante, su di esso elemento esercitata dall'ipertensione di difesa, con una soluzione di cocaina, invece, all'eccitazione della cellula nervosa per l'ipertensione di difesa, si aggiunge ancora l'eccitazione causata dalla cocaina stessa. Di guisa che, se, diffondendosi la soluzione iniettata, risale fino alla protuberanza, e intanto si omette l'estrazione di liquido cefalo-rachidiano, adoperando una soluzione di cocaina, si avranno degli accidenti immediati, per eccitazione dei nuclei del pavimento del quarto ventricolo; adoperando invece una soluzione di stovaina, si avranno degli accidenti tardivi dovuti all'azione paralizzante della stovaina sugli stessi nuclei. Effetti che si traducono clinicamente in disturbi più o meno gravi della respirazione e della circolazione.

Per tali ragioni, facendo uso della cocaina, si potrebbe facilmente ovviare agli inconvenienti sopradetti, sopprimendo l'ipereccitazione con la evacuazione preliminare e sufficiente di liquido cefalo-rachidiano, mentre, servendosi della stovaina, tale pratica non impedirà al medicamento di esercitare il suo potere paralizzante sui nuclei del bulbo. Queste vedute assolutamente dommatiche, sebbene condivise da personalità autorevoli come Pauchet, non convincono però la maggior parte degli AA. e oggi la cocaina, presso di noi almeno, non conta, se pure, che scarsissimi partigiani.

Tuffier e Chaput ascrivono invece tali disturbi unicamente alla tossicità del medicamento, che il primo ha sostituito colla stovaina, il secondo con la novocaina.

Tralasceremo di parlare delle altre sostanze, per occuparci solo della stovaina e della novocaina, in rapporto ai principali inconvenienti e accidenti derivanti dall'uso di essi, come quelle di cui ci siamo serviti abitualmente.

Anzitutto premettiamo che, su circa 1300 operazioni, praticate in un anno nel nostro Ospedale, quasi tutte trattate con l'anestesia stovainica per via endorachidea, non abbiamo mai notato inconvenienti seri imputabili all'azione dell'anestetico, meno in qualche raro caso, di cui terremo parola più innanzi, e, a proposito dei quali, cercheremo di scernere quale e quanta parte di essi spetti effettivamente all'azione del farmaco.

La tecnica di cui ci serviamo è la comune: ammalato in posizione seduta, puntura, nell'ultimo spazio interlombare o in uno di quei su-

periori, fino alla dorsale inferiore, a seconda dell'altezza che si desidera raggiungere coll'anestesia; senza estrazione di liquido cefalo-rachidiano, per gli interventi che si portano su regioni poste al disotto dell'ombelico, a meno che la pressione del liquido non sia molto alta, nel qual caso attendiamo che essa si abbassi, prima di introdurre l'anestetico nello speco vertebrale; iniezione lenta della soluzione anestetica, accompagnata da barbotage, quando vogliamo una anestesia alta.

È opportuno chiarire che, nel tempo necessario, per quanto breve, che s'impiega a innestare la siringa contenente l'anestetico all'ago-lombare, defluisce già una quantità di liquido cefalo-rachidiano equivalente in volume a quella da iniettare e bastevole ad ovviare ai fenomeni di ipertensione di cui parla Le Filliatre. A che infatti evacuare una maggiore quantità di liquido, quando tale pratica, agevolando la diffusione del farmaco oltre la zona, che innerva la regione su cui dobbiamo portare il nostro intervento, apporta con sè il pericolo dei fenomeni inibitori bulbari, di cui si è detto più innanzi?

Per la stessa ragione, quando si voglia ottenere anestesie basse, sarà inutile, anzi sarà da proscriversi qualunque barbotage. La dose da noi adoperata in tali casi è stata di 5 ctg. di stovaina, previa iniezione di 1 ctg. di morfina, trenta minuti avanti l'operazione.

Nelle laparotomie sopraombelicali ci siamo serviti dell'anestesia dorsale bassa con dosi varianti fra i 7 e i 10 ctg. di stovaina, previa estrazione di 10 a 15 cc. di liquido cefalo-rachidiano, ed abbiamo fatto una introduzione molto più lenta, in modo da iniettare all'incirca 1 ctg. di sostanza per ogni minuto, ricorrendo anche al barbotage.

Convinti che molti degli inconvenienti lamentati per l'uso della stovaina, siano dovuti a difetti di tecnica, crediamo esporre come procediamo senza lamentare inconvenienti. È da premettere che la pressione del liquido cerebro-spinale non si abbassa mai o quasi mai completamente e si mantiene invece tanto alta da esercitare la sua azione sullo stantuffo della siringa; in modo che, se non si oppone alcuna resistenza, questo viene respinto dal liquido rifluente; per modo che, la mescolanza del liquido anestetico si effettua così *naturalmente e dolcemente all'esterno dello speco vertebrale*. Se la pressione invece raggiunge l'altezza necessaria, si cerca, con lievi movimenti di aspirazione, di realizzare egualmente il primo contatto fra il liquido e il farmaco anestetizzante nel corpo della siringa. Quindi assai lentamente si introduce tutto il contenuto della siringa nello spazio subaracnoideo; lentezza che rappresenta la migliore garanzia contro i vari accidenti, comunque se ne voglia interpretare la genesi.

Crediamo necessario richiamare l'attenzione su questo particolare, giacchè, in molti casi, i fatti bulbari sono dovuti unicamente alla brusca diffusibilità della stovaina.

Qualche volta (specie in donne di giovane età) per avere una calma maggiore ed una maggiore durata dell'anestesia, l'iniezione di morfina è stata sostituita da quella di H. M. C., praticata un'ora avanti l'intervento.

Negl'individui fortemente depauperati sarà prudente somministrare per via sottocutanea dell'olio canforato al 20 %, con guaiacolo al 2 % in dose da 10 a 20 cc. In qualche caso ci siamo serviti della tecnica di Delmas, che ci ha dato eccellenti risultati. Questa pratica non è altro che quella da noi più sopra enunciata, con la differenza che l'introduzione dell'anestetico deve avere la durata di tanti minuti quanti sono i centigrammi di anestetico da iniettare. La puntura si pratica in corrispondenza della regione dorsale inferiore. In tali casi l'anestesia è stata completa e perfetta, nè alcun disturbo si è avuto a lamentare, neanche lieve.

Fra gl'inconvenienti della rachiostovainizzazione, abbiamo notato cefalea più o meno intensa, paresi vescicale temporanea, costipazione, vomito, sudori freddi, e, più raramente, rachialgia e dolori nevralgici agli arti inferiori. Disturbi questi tutti di lieve entità e di breve durata: la cefalea si è protratta solo per due o tre giorni al più, le paresi vescicali anche esse sono state leggere e hanno ceduto o subito alla prima iniezione edovescicale di glicerina borica al 2 % (30 cc.), oppure hanno richiesto il cateterismo solo per uno o due giorni, essendosi ristabilita la funzione normale dopo tale periodo. La cefalea è stata da noi notata anche nei casi in cui si è proceduto alla sottrazione preliminare di liquido cefalo-rachidiano; invece quando tale pratica non si è attuata, l'inconveniente non si è verificato. Quanto al vomito e ai sudori freddi, occorsi specialmente subito dopo l'iniezione, essi ci sono sembrati in rapporto con la sottrazione di liquido cefalo-rachidiano; in tutti i modi sono facilmente ceduti ad una iniezione di caffeina.

Abbiamo notato, in qualche caso di ernia strozzata, paralisi transitoria dello sfintere anale; però tale fatto essendosi prodotto sul tavolo operatorio, dopo la riduzione dell'ansa

strozzata, resta il dubbio se sia in dipendenza dell'azione della stovaina o non.

Oltre agli inconvenienti bisogna notare gli insuccessi che ascendono a circa il 2%. Essi vanno distinti in *anestesie mancate e anestesie insufficienti.* A queste ultime appartengono i casi di insufficienza per così dire apparente, in cui indubbiamente ha una grande influenza il fattore psichico; in tali casi infatti è bastata la somministrazione di qualche goccia di cloroformio o etere, o l'apposizione pura e semplice della maschera a scopo suggestivo, perchè gli infermi godessero della calma più assoluta. Chi ha molta pratica di questo sistema di anestesia, avrà notato, come noi: quanta influenza abbia, a questo riguardo, la predisposizione di spirito dell'operando: così sarà difficile notare un insuccesso in un infermo calmo e fiducioso, mentre sarà facile che ciò accada in ammalati (specie donne!), con temperamento eretistico, i quali si approssimano alla sala operatoria in condizioni di grande eccitazione psichica. Alla stessa conclusione è pervenuto Leplat, in una delle ultime sedute della Società francese di Chirurgia, attraverso una disamina di 7000 casi di rachioanestesia.

Ma accanto a questi casi, ve ne ha di altri in cui o l'anestesia è stata realmente insufficiente o è mancata del tutto. Che cosa dobbiamo pensare al riguardo?

Perez e Alessandri, dopo l'osservazione di Sleiter e Varvaro, che acidificando la stovaina, s'impedisce che venga precipitata dal liquido cefalo-rachidiano, usarono una soluzione di stovaina acidificata con acido lattico. Alessandri avrebbe visto così abbassarsi il numero delle anestesie mancate e insufficienti. Tale ipotesi invero è discutibile; infatti, se così fosse, avendo noi adoperato la sola stovaina, il fatto si sarebbe dovuto verificare molto più frequentemente di quello che non sia accaduto; non solo, ma avendo questa pratica trovato pochi imitatori, ciò significa che essa non è stata considerata come un perfezionamento della tecnica della rachio-anestesia.

Escluso che nei casi registrati da noi ciò sia dipeso dal fatto di non essere penetrati nello spazio subaracnoideo, difetto questo di tecnica incriminato in tali casi da Leplat, non potendosi mettere in conto nè il sesso, nè l'età, perchè nella nostra statistica figurano individui di ambo i sessi e di tutte le età; nè la qualità del farmaco, perchè l'anestetico adoperato è stato sempre lo stesso, fornitoci dalla medesima Casa, nè che il medicinale fosse vecchio, perchè anche adoperando fiale datanti da nove anni, si sono ottenuti risultati perfetti (Leplat), non potendo ammettere l'ipotesi di Alessandri e Perez, esclusi i casi di insufficienza per influenza psichica, pensiamo, d'accordo con Lavenant, che vi ha tutta una categoria, minima sì, ma esistente di «ammalati refrattari» a questo sistema di anestesia. Per quale ragione ciò accada, ci sfugge per ora. Si è anche parlato di altri accidenti, come meningite e lesioni nervose a distanza, ma, col perfezionarsi della tecnica, tali accidenti sono assolutamente eccezionali.

Inconvenienti più seri abbiamo notati solo in due casi che hanno destato fondate preoccupazioni.

La prima di queste osservazioni riguarda un uomo di 65 anni, il quale portava da cinque giorni un'ernia inguinale strozzata a destra. Le condizioni generali erano buone; sebbene arteriosclerotico, il cuore funzionava bene; solo il secondo tono sulla punta era rinforzato. Previa iniezione sottocutanea di 1 ctg. di morfina, gli viene praticata la puntura lombare al terzo spazio e quindi iniettata 5 ctg. di stovaina. Appena introdotto il liquido, nello spazio subaracnoideo, l'infermo reclina il capo, si fa pallido in viso, che si ricopre di sudore freddo, il polso si affievolisce fino a scomparire del tutto, e la respirazione, fattasi dapprima superficiale, si arresta. Il cuore pulsa lentamente, i toni si percepiscono indeboliti; le palpebre sono abbassate, la pupilla è midriatica e senza reazione. Si pratica immediatamente la respirazione artificiale, e delle iniezioni di caffeina, stricnina e olio canforato per via sottocutanea. Dopo qualche minuto, sembrando che l'automatismo respiratorio fosse ristabilito, viene interrotta la respirazione artificiale; dopo qualche istante, però, l'apnea si ristabilisce, epperò viene ripresa la respirazione artificiale. Intanto il cuore pulsa più validamente; il polso si è fatto appena percettibile e il viso ha perduto la tinta cadaverica che aveva assunto. Tale miglioramento viene messo a profitto per intraprendere la chelotomia e condurla rapidamente a termine.

Particolare interessante è che i tessuti sono esangui; privi di vita sì da dare l'impressione piuttosto di «un'esercitazione anatomica» che di un'operazione sul vivente. Ultimato l'intervento, la respirazione artificiale viene sospesa, poichè quella fisiologica si è ristabilita, sebbene si mantenga così superficiale, da essere percettibile solo ad un esame accurato. Le condizioni del polso sono anche migliorate, permane però insensibilità generale assoluta. Durante la giornata viene praticata ancora

qualche iniezione di olio canforato, ed a sera le condizioni dell'infermo sono ritornate normali.

Nella seconda osservazione si trattava di un uomo di 64 anni il quale da tre giorni presentava sintomi di occlusione intestinale. Viene praticata la puntura spinale e iniezione di 5 ctg. di stovaina. Appena dopo l'introduzione del farmaco, si presenta lo stesso quadro fenomenologico che abbiamo descritto più avanti. Si somministrano 30 ctg. di caffeina per via endovenosa e si inizia la respirazione artificiale. Migliorate le condizioni generali, si procede all'intervento con taglio pararettale essendosi diagnosticato uno strozzamento erniario interno destro. Quando l'operazione ha termine l'automatismo respiratorio si è ristabilito. I tessuti presentano gli stessi caratteri di ischemia, di cui abbiamo detto più sopra.

È ormai acquisito che l'azione tossica della stovaina, quando esiste, si esplica principalmente sui centri respiratorio e circolatorio, come del resto fanno fede le nostre due osservazioni. Questa sindrome da noi registrata è esclusivamente in dipendenza diretta dell'azione della stovaina sulla sostanza nervosa, o non è piuttosto da riferirsi ad altre cause estrinseche?

Schiassi, partendo dal concetto che il potenziale anestetico e quello tossico vanno di pari passo, e che, se questi poteri sono racchiusi nella stovaina in proporzioni favorevoli, ciò non esclude, che, a dosi anestetiche, questa non possa riuscire dannosa e perfino mortale, riconosce intrinsecamente che tutti gli inconvenienti sono da ascriversi all'azione diretta del farmaco. E con lui la maggior parte degli autori, sebbene qualcuno, saltuariamente, a seconda della propria esperienza, abbia raccomandato di essere cauti nella rachioanestesia in individui di età avanzata (Chaput), o in preda a malattie organiche ad andamento cronico, o a gravi infezioni generali (Henking, Milks).

A noi sembra che gli inconvenienti gravi sono in dipendenza principalmente dello stato generale, sia in rapporto alla efficienza delle funzioni vitali, sia alle condizioni di depauperamento per malattie organiche o di intossicazione e infezione generale. A questo ordine di idee ci ha condotto una serie di considerazioni fondate sulla larga esperienza personale.

Anzitutto facciamo osservare, che gli accidenti minacciosi si sono osservati in due infermi di ernia strozzata, con grave stato di intossicazione stercoremica. Il rilevare che su tanti operati di tutte le età e condizioni generali diverse, nei quali si è fatto uso dello stesso anestetico, nessuno è andato soggetto a una sindrome così grave, fa emettere l'ipotesi che la causa di tali accidenti sia da ascriversi allo stato di intossicazione generale dei due ammalati. Infatti nessuna delle altre cause invocate resiste alla critica. Non si potrà imputare l'altezza alla quale la puntura è stata praticata, e quindi la facile diffusibilità della stovaina alla zona bulbare, essendo stata praticata al terzo spazio interlombare; nè alla sottrazione preliminare di liquido, in modo da facilitare la diffusione dell'anestetico, perchè non venne aspirato liquido cefalo-rachidiano; nè può spiegare i fenomeni, l'aumento di pressione su cui ha tanto insistito recentemente Le Filliatre, per due ragioni: prima, perchè essa non si è potuta produrre per aggiunta di liquido, perchè abbiamo fatto defluire di liquido cefalo-rachidiano l'equivalente in volume della soluzione iniettata; poi, perchè la immediata esplosione dei sintomi, non può suffragare la ipotesi enunciata. Parimenti è da escludersi che tali inconvenienti siano imputabili al brusco contatto della stovaina con le terminazioni nervose, perchè il primo contatto del farmaco col liquido cefalo-rachidiano è avvenuto nella siringa e non nello speco vertebrale, restando così diluita la stovaina prima ancora di agire. Non ha certo influito alla diffusione la posizione data al malato, perchè nel primo caso i sintomi esplosero, mentre ancora l'infermo era seduto; nel secondo il capo era rialzato da un cuscino. Nè è da pensare ad alterazione del farmaco, perchè adoperiamo sempre lo stesso preparato. Come fattore predisponente quindi non resta che invocare lo stato di intossicazione stercoremica in cui erano i nostri infermi, con diminuzione della resistenza organica e più facile vulnerabilità del sistema nervoso.

A conforto di tale ipotesi ricordiamo che, or non è molto, il Guibal parlando degli inconvenienti dovuti all'anestesia spinale, riporta un caso di morte in una donna di 67 anni affetta da ernia crurale strozzata da 5 giorni ed in cui egli esprime l'opinione che il decesso sia da imputarsi allo stato di grave intossicazione. E più recentemente Lamartine ha riferito di due casi di morte su 500 infermi, anche in individui con ernie strozzate. Evidentemente la ripetizione di accidenti, in tali casi, va al di là della semplice coincidenza!

Tale spiegazione però, se ci dà ragione del II caso, non è applicabile alla 1ª osservazione. In questo caso, infatti, non si può parlare di

azione tossica della stovaina, perchè il quadro fenomenologico ha esploso nell'atto stesso in cui s'iniettava il farmaco e quindi prima ancora che l'anestetico avesse il tempo di fissarsi sulla sostanza nervosa e spiegasse la sua azione tossica. E allora bisogna pensare a una forma che diremo di «schock-spinale», da paragonare a quello che si può determinare pungendo le altre sierose (pleura peritoneo), indipendente da qualunque azione della stovaina, e da mettersi probabilmente in relazione con una estrema sensibilità della sierosa.

Izar ha citato due casi, e crediamo siano gli unici della letteratura, i quali confortano pienamente la nostra ipotesi. Sebbene nelle osservazioni di questo autore la sindrome fosse differente; perchè si ebbero fatti di eccitamento a tipo convulsivo, il momento patogenetico però, e il meccanismo di produzione, sono certamente identici. in quanto in quelli, come nel nostro caso, gli accidenti si determinarono non appena introdotto l'ago nello speco vertebrale e quindi in assoluta indipendenza da variazioni di pressione o da azione di farmaci.

Per controbilanciare l'azione paralizzante della stovaina, si è pensato (Jonnesco) di iniettare contemporaneamente un farmaco eccitante (stricnina), in modo che il potere tossico della stovaina potesse abbassarsi di quanto la stricnina fosse capace di eccitare le cellula nervosa. Questa concezione non è esatta però, in quanto, come giustamente osserva Schiassi, «un tessuto nervoso messo a contatto contemporaneamente con due medicinali; uno ad azione *paralizzante forte* e l'altro ad azione *eccitante media*, non presenta come risultante di reazione un grado di paralisi di *modica intensità*, come se gli effetti paralizzanti del medicinale usato in dose più attiva, fossero temperati dalla presenza del medicamento eccitante; la paralisi s'istituisce invece, come se il medicamento eccitante non ci fosse, e ciò specialmente a riguardo della stovaina e della stricnina; analogamente invertendo il dosaggio delle due sostanze, si avrà eccitazione convulsiva, per nulla mitigata dall'altro farmaco ad azione paralizzante».

Le idee di Jonnesco però morirono prima di nascere in quanto che, al Congresso di Parigi prima, e di Bruxelles poi, mentre egli da una parte proclamava che la combinazione della stricnina alla stovaina aboliva gli eventuali effetti paralizzanti di quest'ultima lasciando intatta l'azione anestetica, invitato dai congressisti a provare la sua asserzione, ottenne l'effetto contrario, essendosi prodotti fatti convulsivi per intossicazione da stricnina. In seguito Nicosia prima, Giannuzzi e Abadie dopo, potettero provare che l'asserto di Jonnesco non era esatto, in quanto non esistono differenze apprezzabili fra l'uso della sola stovaina e l'uso di questa associata alla stricnina. (Nicosia). Questo A., esperimentando sui cani, insieme con dosi medie di stricnina, usando dosi piuttosto alte di stovaina, ha constatato che si avevano lo stesso anestesie rapide e diffuse a tutto il tronco. Donde la conseguenza che la stricnina non aveva per niente influenzato la azione anestetica della stovaina, la reazione avvenendo fra gli elementi nervosi e il farmaco usato in dose più elevata. Ciò che conforta perfettamente le vedute di Schiassi. Peraltro Jonnesco ebbe i suoi seguaci; e anche oggi non manca chi continua a iniettare stovaina in dosi alte e insieme stricnina in dosi minime.

Guibal (*Presse Méd.*, marzo 1921) cita 4 casi seguiti però da gravi accidenti, di cui uno mortale, nonostante egli avesse sempre adoperato l'anestetico insieme con stricnina nelle proporzioni prescritte. In quattro casi la sindrome da lui citata era uguale alla nostra, nel quinto allo stato sincopale e grave si aggiunse letargia.

È evidente che l'associazione della stricnina alla stovaina è inutile; non vi è quindi ragione di cumulare due azioni tossiche. Epperò non abbiamo allo stato attuale delle nostre conoscenze, alcun farmaco che ci permetta di prevenire con sicurezza gli accidenti che possono verificarsi per azione diretta o comunque indiretta della stovaina nell'anestesia spinale.

Ma, una volta determinatisi, vari sono i mezzi curativi proposti. E così si è consigliato di sottrarre liquido cerebro-spinale, non appena si accennano dei disturbi; e ciò al doppio scopo: di diminuire la tensione del liquido e impedire che del liquido anestetico, eventualmente ancora libero, potesse, fissandosi, aggravare lo stato del paziente. Il principio è esatto, salvo a vedere quale e quanto valore può assumere nella pratica.

Altri (Bloc, Herz, Le Grand) hanno consigliato iniezioni endorachidee di olio canforato o di caffeina; quest'ultima si può amministrarla anche per via endovenosa, come abbiamo fatto noi nella II osservazione.

Però per prevenire gli accidenti, tutte le volte che l'operando ha una certa età o si mostra comunque depauperato, noi facciamo sistematicamente precedere la puntura spinale da una iniezione di 20 cgr. di caffeina e una di 1 mmgr. di stricnina. Somministrando la stricnina, pur riconoscendo giusto il principio di

Schiassi, Nicosia e altri, non intendiamo controbilanciare, per l'effetto eccitante di questo farmaco, l'azione tossica della stovaina, ma siamo di avviso che, esaltando in certo modo il potere di difesa della cellula nervosa, gli effetti tossici della stovaina possono essere resi meno nocivi. Con ciò non vogliamo asserire che una tale pratica valga ad ovviare agli inconvenienti tossici dovuti alla stovaina, sì da rendere la calma dovuta all'operatore, il paziente avendo bisogno di essere sorvegliato continuamente. Epperò non siamo d'accordo con chi crede che il sistema dell'anestesia spinale sia da preferirsi fuori delle cliniche e degli ospedali, nei piccoli centri, dove il chirurgo ha poco personale pratico a sua disposizione. Tutto ciò denota evidentemente una pratica non lunga e non abbastanza esperimentata di questo sistema di anestesia.

Noi, dal canto nostro, possiamo affermare che l'anestesia spinale, eccellente sotto molti riguardi, richiede però, da parte di chi la pratica, una tecnica perfetta. Assicura calma all'infermo e all'operatore, così mentre da una parte si evitano, durante l'intervento, il vomito e le eviscerazioni, che tanto fastidio arrecano al chirurgo; dall'altra risparmiano all'ammalato le nausee e i vomiti post-operatori, che sono molte volte il disturbo più notevole di cui si lamentano i nostri operati, nei primi giorni dopo l'intervento. Essa però va usata con discernimento e non esclude sorveglianza dell'infermo e presenza di personale pratico, tanto più che molti inconvenienti notati e imputati alle proprietà intrinseche della stovaina sono da ascriversi piuttosto alle condizioni generali dell'infermo e alla tecnica. Conchiudendo per prevenirli:

1º Sarà prudente precedere l'iniezione dell'anestetico dalla somministrazione di 20-30 cgr. di caffeina e 1 mmgr. di stricnina per via sottocutanea.

2º L'introduzione della stovaina nello spazio subaracnoideo avvenga assai lentamente e si procuri che il primo contatto tra il farmaco e il liquido cefalo-rachidiano avvenga nella siringa.

3º Non è necessario far defluire liquido cerebro-spinale quando il volume da iniettare non è grande; a meno che la pressione di esso non sia alta.

4º Per le operazioni che si portano sulla metà inferiore del corpo è inutile e pericoloso tenere l'infermo a testa bassa; sarà preferibile che il capo sia rialzato da un cuscino. La posizione predetta può essere attuata solo dopo un certo tempo, quando l'anestetico è già fissato e non può estrinsecare più oltre la sua azione sui centri superiori.

5º Se non ostante tutto si verificassero seri disturbi respiratori e circolatori, iniettare della caffeina per via spinale o endovenosa e iniziare subito la respirazione artificiale che a volte occorrerà sia protratta per molto tempo.

***

Da quanto abbiamo innanzi discusso, essendo realmente in grado di potere dare un giudizio sereno sull'anestesia spinale, perchè ce ne serviamo largamente, non sappiamo spiegarci perchè tale sistema di anestesia non sia di pratica più comune, come, a nostro avviso, meriterebbe.

Se la rachioanestesia apporta con sè degli inconvenienti, essi, però, rappresentano una percentuale minima, la quale, d'altronde, potrà essere facilmente eliminata solo che non si difetti di una certa oculatezza e di prudenza. Ciò lo dimostrano chiaramente le statistiche più recenti: in esse infatti si scorge come gli inconvenienti siano andati diminuendo mano a mano che la tecnica è andata perfezionandosi con la sostituzione della stovaina e della novocaina, alla cocaina, più tossica delle due prime; col curare meglio il dosaggio del farmaco anestetico; e tenere nel dovuto conto le condizioni generali, dell'infermo.

Di fronte però agl'inconvenienti, che la tecnica moderna ha ridotti ad una media bassissima e che l'esperienza ha insegnato a meglio farli conoscere, a prevenirli e a porre loro rimedio, stanno i grandi vantaggi che questo sistema di anestesia apporta al chirurgo e all'ammalato.

Tale processo infatti conferisce calma al chirurgo, il quale è libero da ogni preoccupazione che potesse destare l'andamento della narcosi per inalazione. L'infermo se ne avvantaggia e durante l'atto operativo, per la tranquillità di cui gode; e nel periodo post-operatorio, perchè con l'anestesia spinale si evitano le agitazioni e gli sforzi di vomito dovuti al cloroformio e all'etere, che tanto disturbo arrecano all'ammalato; senza parlare dei danni che possono apportare all'intervento stesso (p. es.: alle suture superficiali e profonde, ligature di vasi importanti, ecc.). Senza dubbio però uno dei più grandi vantaggi da ascriversi alla rachioanestesia è il *silenzio addominale* nel corso degli interventi laparotomici. Noi che ce ne serviamo spesso per interventi sia sullo stomaco e l'intestino, sia sui genitali interni femminili, constatiamo ogni giorno quanto sia prezioso per il chirurgo la calma addominale, che

rende l'intervento agevole, rapido e preciso. Cosa questa che non si osserva quasi mai nella narcosi per inalazione specie negli individui obesi, nei quali le frequenti eviscerazioni dovute alla respirazione irregolare dei narcotizzati, comportano spreco di tempo e disturbano l'operatore.

Inoltre con tale sistema si evita l'azione dannosa aggiuntiva dovuta al cloroformio o all'etere non solo, ma esso è applicabile anche in casi in cui la narcosi per inalazione può riuscire dannosa.

Per tutte queste ragioni la rachioanestesia, beneficiando l'infermo di una sicurezza operatoria preziosa, rappresenta realmente una conquista ammirevole della moderna chirurgia ed è perciò degna di entrare nella pratica comune, limitando l'uso della narcosi per inalazione a quei rari casi in cui non è applicabile l'anestesia per via spinale.

Cosenza, marzo 1922.

BIBLIOGRAFIA.

IZAR. *Incidenti, accidenti e conseguenze nella sieroterapia endorachidiana.* Rassegna Internaz. di Clin. e Terap., febbraio 1921.

PEREZ. *Contributo alla rachiostovainizzazione.* Policl., vol. XIV, 1907.

BRONDI. *Considerazioni sull'anestesia lombare.* Stab. «La Sanitaria», Napoli 1914.

SCHIASSI. Relazione XXIV Congresso Soc. Ital. di Chir., 7-9 novembre 1912.

MULLER. *Lesioni del midollo spinale consecutive alla rachioanestesia.* Deutsche Med. Wochenschr., n. 20, 1921.

GIANNUZZI. Società Lancisiana, 1911. Roma.

LEPLAT. Société des chirurgiens de Paris, 24 février 1922.

LAVENANT. Ibid.

GIORDANO. *La questione della rachioanestesia guardata dal lato oscuro.* Riv. Ven. di Scien. Med., fasc. IX, maggio 1908.

BLOCH et HERTZ. *Procédé de défense contre les accidents bulbaires de la rachianésthésie.* Presse Médicale, 2 juillet 1921.

HEARD et BROOKS. *A clinical experimental investigation on the therapeutic value of camphor.* Amer. Journ. of the med. Sciences, février 1921.

LE GRAND. *Traitement du shock par l'injection intrachidienne d'huile camphrée.* Journal de Méd. de Paris, 20 février 1921.

LE MOIGNIC et GAUTRELET. *Étude physiologique des injections intraveineuses d'huile camphrée.* Comptes-rendus de la Soc. de Biol. Séance II, mai 1918.

GUIBAL. *La rachianesthésie et ses dangers.* Presse Méd., 26 mars 1921.

LE FILLIATRE. *Précis de rachianesthésie générale,* Paris 1921.

LE FILLIATRE. *Accidents et inconvénients de la rachistovaine.* Bullet. et Mémoires de la Soc. Méd. du IXe arrondissement, mars 1907.

JONNESCU. *La rachianésthésie générale.* Masson et Cie., 1919.

DELMAS. La Presse médicale, 14 mars 1918.

RICHE. *L'anesthésie rachidienne.* Journal méd. franc., tome IX, n. 9, pag. 360.

PAUCHET. *Rachianesthésie.* Gaz. des Hôpitaux, n. 22, 19 avril 1919.

DELMAS. *De la rachianalgésie générale.* Monde méd., avril 1919.

DELMAS. *Des effets primitifs et sécondaires de la rachicentèse.* Acad. des Sc. et Lettres de Montpellier, 12 juillet 1920.

RECLIS. *Rachianesthésie.* Bull. et mém. de l'Acad. de méd. de Paris, 18 juillet 1920.

CHAPUT. *Indications respectives de la cocaine locale, de la rachicocainisation et de l'anesthésie générale.* Presse méd., 1902.

CHAPUT. *L'anesthésie rachidienne à la stovaine.* Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 12 octobre 1904, n. 20.

ALESSANDRI. XIX Congr. Soc. Ital. di Chir., Milano, 23-25 ottobre 1906.

SLEITER. *Ricerche istopatologiche e cliniche nella rachiostovainizzazione.* Policl., Sez. Prat., 1906, pag. 705.

VARVARO. *Contributo all'azione della «stovaina».* Policl., Sez. Chir., 1906.

MILXO. *Ueber Lumbalanalgesie mit Stovain.* Zentralblatt f. Ch., 1906, n. 45.

SCHIASSI. Policlinico, Sez. Prat., 1899.

MICHELI. *Analgesia chirurgica per via spinale.* Clin. Chir., marzo 1922.

NICOSIA. Accademia Gioenia, Catania, 1911.

COMMENTI.

Micro-determinazione dell'urea nel sangue.

(In risposta al Commento contenuto nel n. 37)

Nel descrivere l'apparecchio da me adoperato per la *microdeterminazione dell'urea nel sangue*, non ho parlato di invenzione: chè di invenzione non si può parlare là dove non vi è innovazione di principio.

Ora in tutti gli innumerevoli ureometri usati, il principio è unico, e ben noto: fare venire a contatto in ambiente chiuso la sol. di ipobromito con quella contenente urea, e misurare volumetricamente l'N sviluppato.

Il vantaggio reale del dispositivo da me adoperato è proprio quello di poter fare una *microdeterminazione* dell'urea nel sangue, servendosi di un solo cmc. di siero, con un apparecchio molto più semplice e meno costoso dell'Olivieri. Che se non si fosse trattato di ciò non avrei trovato necessità alcuna di abbandonare i vecchi apparecchi, che corrispondono così bene, per uno nuovo.

L'innovazione *essenziale* è proprio quella dell'uso della pipetta capillare, con quegli accorgimenti da me indicati per tenere debito conto della forza di capillarità.

Per rendere poi l'apparecchio adatto a segnalare gli spostamenti di 1/100 di cmc., si sono rese necessarie alcune disposizioni. Ho dovuto aprire una tubulatura laterale munita

di rubinetto per ristabilire l'equilibrio di pressione, giacchè nel tappare la boccetta, l'aria nell'interno dell'apparecchio viene compressa. Ho dovuto ridurre al minimo possibile il volume dell'apparecchio per rendere trascurabili gli effetti della contrazione ed espansione dei gas nell'interno dell'apparecchio, dovuta ad eventuali oscillazioni di temperatura ambiente, visto che non si opera in bagno di acqua. Ho sostituito i tappi di gomma con quelli di vetro smerigliato, giacchè la gomma a contatto dell'ipobromito assorbe dei gas, rendendo così impossibile la valutazione delle piccolissime quantità di azoto sviluppatesi da un cmc. di siero.

Il mezzo da me seguito per fare venire a contatto la sol. di ipobromito con quella contenente urea, non è difficile che sia stata sfruttata da altri per la costruzione di ureometri, per altro non molto in uso. Ma io ho inteso servirmi di un mezzo anonimo ed *usatissimo in qualunque laboratorio di chimica*, quando si vogliono far mescolare in un ambiente chiuso due sostanze contenute in unico recipiente (per es. quando si vuole privare di ossigeno un ambiente, mediante l'acido pirogallico e l'idrato sodico).

Del resto, se invece di tale dispositivo, si adoperasse un piccolo tubo di Regnard, munito di tubulatura laterale e tappi di vetro, la cosa andrebbe ugualmente bene.

Credo quindi di aver fatto una cosa utile nell'avere indicato agli studiosi un apparecchio per mezzo del quale si possa eseguire la *determinazione dell'urea nel sangue su un solo cmc. di siero*, cosa che è *assolutamente impossibile* con gli altri ureometri in uso, ammenocchè non si voglia ricorrere al costosissimo quanto complicato apparecchio di Olivieri, con gli inconvenienti di cui non è immune, come ho fatto rilevare nella mia nota.

Dott. LUIGI CONDORELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Nuovi aspetti del problema della rachitide.

(ALFRED F. HESS: Conferenza alla Haward Medical School Boston, tenuta il 25 febbraio 1922; e pubblicata in *The Journal of the american medical association*, v. 78, n. 16 del 22 aprile 1922).

Nel 1917 l'A. con Unger cominciò a studiare la rachitide su un gran numero di bambini; cercando di cogliere i primi sintomi della malattia anche col controllo röentgenografico delle estremità epifisarie delle ossa lunghe, metodo accennato da Fraenkel, Lorey e Wohlauer già nel 1911, ma ancora non sufficientemente sfruttato.

In questi studi l'A. ha specialmente considerato le vitamine, il fosforo e la luce in rapporto colla etiologia della rachitide.

E. Mellanby che studiò per cinque anni l'azione di diete speciali sui cani venne alla conclusione che la rachitide è dovuta precipuamente alla mancanza della vitamina A solubile nel grasso dalla dieta. Il fatto che l'olio di fegato di merluzzo, che contiene questa vitamina in grande abbondanza, è di grande efficacia nella cura della rachitide, sembrerebbe appoggiare questa ipotesi. Ma se così fosse *tutti* i bambini non allevati al seno dovrebbero essere rachitici.

Hess, Unger e molti altri americani dopo studi fatti su migliaia di ratti, dovettero concludere che con una dieta priva di vitamina A non si produceva che una osteoporosi (e non una rachitide) e lesioni caratteristiche degli occhi, che guarivano prontamente con l'aggiunta di burro alla dieta. Korenchevsky concluse dopo suoi numerosi esperimenti fatti pure sui ratti che si può produrre prontamente e frequentemente la rachitide con una dieta priva di vitamina A e di calcio, notando però che è necessario proseguire tale dieta almeno in due generazioni per avere risultati bene evidenti.

L'A. crede che se la mancanza di vitamina A nella dieta ha una parte per l'etiologia della rachitide, questa parte non è di importanza dominante. Furono fonti di errore negli esperimenti di molti il confondere la osteoporosi con la rachitide ed il trascurare l'osservazione se gli animali da esperimenti fossero esposti o meno alla luce del sole ed in che misura.

Per quello che riguarda l'importanza del fosforo nella patogenesi della rachitide sem-

brano ad un primo esame conclusivi gli esperimenti di Sherman e Pappenheimer che sui ratti poterono provocare risp. far sparire la rachitide con dieta priva o no di fosfati. Viceversa noi vediamo svilupparsi di preferenza la rachitide nei bambini nutriti con latte di vacca, che contiene molto più fosforo che il latte di donna.

È notevole il fatto che il contenuto di fosforo inorganico nel sangue dei bambini rachitici è in generale basso (3-3.75 mg. per 100 cmc. di sangue invece di 4.0-4.5); questo dato è però da valutarsi con cautela perchè il contenuto di fosforo nel sangue varia non solo per la rachitide ma anche per il genere del cibo somministrato ed i fattori che determinano la ritenzione e l'assorbimento del fosforo come quelli che ne determinano il metabolismo intermedio (p. e. la aumentata escrezione di fosforo, segno precoce di disturbo alimentare intestinale) sono poco conosciuti.

Interessanti sono gli esperimenti fatti sui ratti osservando l'influenza del periodo dell'accrescimento. La stessa dose di fosforo non sufficiente in un periodo rapido di sviluppo può essere sufficiente in un susseguente periodo in cui l'accrescimento è lento o manca.

Che la luce avesse un'importanza nel manifestarsi della rachitide fu implicitamente riconosciuto da coloro che per la prevenzione della malattia richiedevano vita igienica, e quindi all'aria aperta, al sole. Negli ultimi tempi però si esperimentarono vere cure elioterapiche, i cui effetti clinici furono controllati coi röntgenogrammi delle estremità epifisarie ed in cui si ebbe aumento di fosforo inorganico nel sangue. Huldschinsky nel 1920 riferì di rachitide infantile guarita coi raggi della lampada di quarzo.

È noto oltre a ciò da tempo che la rachitide si manifesta specialmente nei periodi dell'anno più poveri di sole. Ma la luce come fattore etiologico deve essere considerato non isolatamente, ma in relazione alla dieta e tenendo conto di due determinanti: misura dell'accrescimento del soggetto e pigmentazione della cute. In relazione alla dieta: l'istessa dieta variando il tempo di esposizione alla luce del sole, della lampada di quarzo o dell'arco voltaico dell'animale da esperimento, può produrre o meno la rachitide.

D'altra parte mantenendo costante una durata di esposizione alla luce riconosciuta insufficiente a proteggere dalla rachitide un animale nutrito con una dieta di determinato tipo, si può, aggiungendo a questa dieta del fosforo, evitare la malattia.

Per quanto riguarda l'accrescimento: il bambino atrofico — notoriamente non soggetto a rachitide — ha un bisogno minore di luce che quello a sviluppo rapido. Quando il bambino atrofico si rimette in forze, cioè ha uno sviluppo o una ripresa rapida, se gli manca la luce, diventa rachitico.

La pigmentazione della pelle è un fattore determinante l'efficacia della luce. L'esperienza sugli animali e la maggiore suscettibilità alla rachitide delle razze africane, degli italiani e degli altri mediterranei abitanti nel Nord America in confronto alle altre razze a carnagione più chiara, hanno dimostrato che essi per il colorito della loro pelle abbisognano di maggiore esposizione alla luce.

L'A., pur essendo uno studioso diligente ed appassionato della rachitide, dimostra di ignorare completamente gli studi degli italiani sull'argomento, p. e. quelli dell'Arcangeli, che gli sarebbero stati di non poca utilità, da più di un punto di vista. BANISSONI.

MEDICINA.

La moniliasi bronchiale.

(*Il Morgagni*, 1922, n. 23).

Dopo i lavori di Castellani, alcuni funghi più elevati hanno acquistato notevole importanza quali agenti di particolari forme infettive, tanto da potere essere descritti e studiati accanto ai bacteri ed ai funghi inferiori. Tra essi particolarmente interessanti sono le monilie, ifomiceti della famiglia delle osoporacee, delle quali Castellani ha fino ad ora isolato quaranta e più varietà. Esse si presentano con un corpo vegetativo composto di fili miceliali di dimensioni piuttosto grandi con artrospore e numerosi bottoni liberi ovali o rotondeggianti. Nelle culture le monilie mostrano quasi esclusivamente bottoni ovali o rotondeggianti. I terreni di cultura più adatti sono quelli liquidi o solidi glucosati o maltosati.

Castellani ha distinto 7 principali localizzazioni delle monilie:

1) sulle tonsille (tonsillomoniliasi); 2) nei bronchi (broncomoniliasi); 3) nella congiuntiva (moniliasi oculare); 4) nella mucosa intestinale (entero-monoliasi); 5) nell'orecchio (otomoniliasi); 6) nell'uretra (moniliasi uretrale); 7) nella cute (moniliasi cutanea).

Nel 1905 per primo Castellani descrisse le moniliasi bronchiali, che costituivano le localizzazioni più frequenti ed importanti.

Osservazioni successive di Pijper, Pantin, Chalmers, Pinoy e Violle, Iacono, fecero co-

noscere parecchi altri casi della suddetta forma.

L'infezione si trasmette da individuo ad individuo e può anche essere presa dalle foglie di vegetali sulle quali vive allo stato di saprofita il germe, come ha potuto dimostrare Castellani per le foglie di thè.

Clinicamente si distinguono una forma lieve, una di media gravezza, ed una forma grave.

La forma lieve si presenta con le note di un comune catarro bronchiale diffuso, con espettorato muco-purulento, senza alcun risentimento dello stato generale.

La forma di media gravezza decorre con i sintomi di una lieve broncoalveolite con febbre subcontinua o continua molto modica; generalmente guarisce, talora passa nella forma grave o nella forma cronica lieve.

La forma grave è caratterizzata dai segni obiettivi di una bronco-alveolite, con tosse, espettorato muco-purulento, a volte unito a sangue, con emottisi; febbre per lo più seraie e profondo e progressivo decadimento delle condizioni generali sino a terminare con la morte dell'infermo.

Per la diagnosi, specie quando, come avviene nelle forme di media gravità o nelle forme gravi, sia necessario porre la diagnosi differenziale con la tubercolosi, è necessario eseguire la ricerca delle monilie nell'espettorato, e ciò deve essere compiuto usando particolari accorgimenti di tecnica. Frequentemente nella cavità orale si trovano funghi saprofiti che possono essere facilmente scambiati con le monilie.

La ricerca quindi deve essere praticata nell'espettorato raccolto dopo un ripetuto ed accurato lavaggio della bocca e del faringe e seminando in brodo o in agar glucosato al 4 % i fiocchetti purulenti dell'espettorato più volte lavati in soluzione fisiologica sterile.

L'esame delle culture viene fatto dopo 48 ore di soggiorno di alcune di esse in termostato a 37, di altre in termostato a 28, di altre a temperatura ambiente. Come sospette sono quelle colonie più grosse di colore bianco latteo con centro rilevato a cupola, che microscopicamente si mostrano costituiti da conidi. Il passaggio nei vari terreni zuccherati permette la identificazione esatta del fungo.

La prognosi delle moniliasi bronchiali è buona nei casi lievi, deve essere riservata nei casi gravi. La cura più opportuna è quella iodica, per qualunque via venga il rimedio introdotto nell'organismo.

Tentativi di vaccinoterapia non hanno finora portato ad alcuno risultato. Le ricerche sierologiche non hanno potuto mettere in evidenza la formazione di agglutinine, mentre secondo recenti studi di Farach sarebbero presenti nel sangue di malati di moniliasi sostanze capaci di deviare il complemento.

Tr.

CHIRURGIA.

Sull'occlusione intestinale acuta.

(D. Wilkie. *Lancet*, 10 giugno, 1922).

Mentre negli ultimi anni la mortalità per molte malattie addominali acute, trattate chirurgicamente, è diminuita della metà, le occlusioni intestinali acute dànno ancora quasi il 50 % di esiti infausti.

Da ciò sorge l'indicazione di operare quanto più precocemente è possibile, poichè il ritardo è molto più pregiudizievole di una laparotomia esplorativa inutile.

L'A. distingue, con Kader, tre tipi di occlusione:

1) occlusione semplice del lume intestinale nella sua continuità (es. da calcolo biliare);

2) occlusione con isolamento di un tratto intestinale, che conserva però la sua normale circolazione (es. ostruzione appendicolare);

3) occlusione con isolamento di un tratto intestinale leso nella sua circolazione (es. strozzamenti). Qui il disturbo del circolo fecale è di secondaria importanza di fronte al disturbo del circolo sanguigno.

L'ultimo tipo comprende strozzamenti interni, volvulo, intussuscezioni, le varie forme di ernia strozzata, ed è quello che dà il maggior contingente di esiti infausti.

Più pericolosi sono gli strozzamenti che arrestano il deflusso venoso senza impedire del tutto l'afflusso arterioso: negli animali da esperimento possono dare la morte in poche ore. L'A. ha studiato la tossicità del contenuto dell'ansa strozzata filtrato per candela, dell'estratto della parete intestinale parzialmente necrotica, dell'essudato peritoneale, ed ha concluso che tale tossicità è scarsa e non dà ragione della rapida morte. Questa sembra dovuta piuttosto allo shoc, ed è infatti preceduta da collasso con ipotermia e ipotensione; quando la sopravvivenza è più lunga la morte può esser dovuta alla tossinfezione o alla peritonite.

In questi casi bisogna combattere lo shoc e la tossiemia, e ridurre al minimo il trauma operatorio: si userà l'anestesia al protossido d'azoto e ossigeno, si praticheranno ipodermoclisi saline ed iniezioni di morfina.

L'occlusione con isolamento di un tratto intestinale comprende l'ernia intasata, gl'imbri-

gliamenti di una o più anse, l'ostruzione acuta dell'appendice.

Gli esperimenti di Stone, Bernheim e Whipple dimostrano che se, praticata la gastroenterostomia, si isola e si chiude un'ansa del duodeno, si ha una grave tossiemia. Anche il contenuto dell'ansa e gli estratti della parete, filtrati, provocano diarrea, vomito, collasso e forte congestione viscerale. Se però l'ansa duodenale si lascia aperta non si hanno fenomeni tossici: essa finisce per chiudersi e vi si trova un fluido mucoide sotto debole pressione.

Qui si tratta essenzialmente di una intossicazione da proteosi, prodotta da una pervertita azione della mucosa duodenale (Whipple), o più probabilmente dall'azione dei batteri (Murphy, Brooks, Stone, ecc.). Sweet, Peet e Hendrix pensano invece che il veleno mortale si elabori nel tratto di duodeno a monte dell'ansa esclusa: se questo tratto si fa comunicare col digiuno, tralasciando la gastroenterostomia, gli animali vivono almeno dieci giorni di più, cioè fino a quando l'ansa esclusa, eccessivamente distesa, si perfora. Secondo essi solo il succo gastrico e il pancreatico possono scindere le proteine in proteosi, e l'occlusione alta potrebbe quindi chiamarsi occlusione a livello delle proteosi tossiche.

L'A. ha esperimentato l'esclusione di anse della parte bassa del tenue, vuote, contenenti poche feci, contenenti molte feci dopo una dieta ricca di proteine. Nel primo caso la salute si manteneva buona, e l'ansa si trovava poi modicamente piena di muco; nel secondo si manifestava una lieve tossiemia, seguita spesso, da una peritonite da perforazione, e se l'ansa non era perforata si trovava piena di liquido purulento; nel terzo l'ansa diveniva presto cancrenosa e gli animali generalmente soccombevano prima della perforazione. Da ciò l'A. trae argomento per ritenere che l'ostruzione acuta dell'appendice è assai più grave della semplice infiammazione della parete, anche perchè all'inizio manca ogni ascesa del polso e della temperatura.

La semplice ostruzione del lume intestinale nella sua continuità oltrechè per cause interne (calcolo biliare, tumori, ecc.) si ha pure per aderenze, briglie, inginocchiamenti, nell'ileo acuto gastromesenterico, ecc.

L'occlusione alta è fatale in pochi giorni all'uomo e agli animali d'esperimento, ed è sempre accompagnata da vomito; l'occlusione bassa può comportare qualche settimana di vita: il vomito è raro e tardivo. L'A., pure dando il dovuto peso al fattore tossico, pensa che il diverso esito dipenda dall'abbondante perdita di acqua col vomito nel primo caso, mentre nel secondo l'abbondante secrezione liquida del primo tratto intestinale viene riassorbita nei segmenti più bassi.

Infatti mercè ipodermoclisi ripetute si riesce a far vivere i gatti con occlusione intestinale alta per parecchi giorni più dei controlli che si lasciano disidratare.

I conigli, che non vomitano, risentono poco vantaggio da un'enterostomia a monte della occlusione; in essi l'occlusione alta è rapidamente mortale, con sintomi di tossiemia e di shoc per la forte distensione gastroduodenale.

L'uomo terrebbe, a questo riguardo, un posto intermedio; pertanto si giova, nelle occlusioni alte, delle ipodermoclisi jaline glucosate, nonchè della sonda gastrica, che attenuando la distensione addominale, tende a diminuire lo shoc e l'intossicazione.

Importante è lo studio della tossicità del contenuto intestinale nelle occlusioni basse. Il filtrato di esso introdotto nel peritoneo o nel circolo produce rapida ipotensione e ipotermia, vomito, diarrea, escrezione di abbondante fluido nel lume intestinale, e la morte in collasso: all'autopsia si trova una congestione viscerale, notevole soprattutto nella mucosa duodenale e digiunale.

Se il contenuto intestinale a monte dell'occlusione s'introduce nel tenue di animali sani, si ha tutt'al più un'enterite, e non viene riassorbito perchè è rapidamente evacuato. Secondo Stone si ha in primo tempo un assorbimento di tossine, che provocano un aumento della peristalsi. Ma l'A. avendo praticato l'iniezione nel tenue, a monte di un'occlusione artificiale, evitando con ogni cura di infettare il peritoneo, osservò che nelle prime trentasei ore gli animali stavano bene, e soccombevano poi di peritonite.

Conclude perciò che di fronte ad una scarsa tossicità vi è invece un'alta infettività; donde il grave rischio che si corre aprendo, come di consueto, l'ansa a monte dello strozzamento per vuotarla. Egli consiglia di aprirla solo in caso di necessità (enorme distensione, cancrena, ecc.). Le morti tardive dopo l'operazione le ritiene dovute a paralisi intestinale che si estende fino al livello delle proteine tossiche: quindi consiglia, nelle occlusioni antiche, e specialmente nei vecchi, di praticare una digiunostomia e lavare il tratto alto dell'intestino. Nei giovani, dopo tolta l'ostruzione, può bastare lo spingere attraverso la parete

il contenuto digiunale nell'ileo e le iniezioni di pituitrina ripetute, seguite da clisteri.

Nelle peritoniti l'occlusione intestinale, che generalmente si ritiene di natura paralitica, è spesso di natura organica, dovuta alle aderenze prodotte dall'essudato fibrinoso: l'A. rimase colpito da tale reperto in numerose autopsie sull'uomo e sugli animali. Clinicamente questo tipo di occlusione è rivelato dai dolori spasmodici. Trattamento spesso efficace è l'enterostomia, o, se lo stato del paziente lo permette, il distacco delle aderenze che si spalmano con olio di vaselina sterile per impedirne la readesione: quindi la somministrazione di pituitrina.

Nelle occlusioni acute da tumori del colon, l'età del paziente, la sede dell'occlusione, la natura del male consigliano una semplice operazione di drenaggio; i migliori risultati si ottengono dalla cecostomia.

Nelle occlusioni intestinali il rene è compromesso, come è dimostrato dall'aumento dell'azoto non proteico del sangue, e il grado dell'insufficienza renale è un buon criterio prognostico. DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GONNET e H. BOUGET. *Questions de garde d'accouchement.* Edit Maloine e F., Parigi, 1922, vol. in-8°, pag. 192. Franchi 10.

Si tratta di una serie di tavole sinottiche, sopratutto rivolte agli studenti, che si preparano all'internato degli ospedali di Lione, e che vengono nel tempo stesso a fornire un rapido prontuario di pronto soccorso ostetrico.

Se un appunto da questo lato si può fare, è nel volume eccessivo, non dovuto già ad esuberanza della materia, ma alla veste tipografica in magnifica carta spessa, con una quantità di pagine in bianco.

Nessuna bibliografia; nessuna erudizione ingombrante; ma una scheletrica enumerazione delle varie distocie e della terapia da adottare.

Come sempre in questo genere di manuali, per quanto anche in questo volume spicchi la chiarezza della esposizione dei francesi, non è possibile in ogni capitolo una trattazione adeguata alla importanza clinica di esso. Ma è tuttavia nell'insieme un ottimo *repetitorium*, che in ulteriori edizioni potrà anche essere migliorato e, se ridotto di dimensioni tipografiche, divenendo più « manuale » in senso stretto, potrà avere diffusione in un pubblico più grande di quello a cui ora è modestamente destinato dagli Autori.

P. G.

W. LIEPMANN. *Der Geburtshilfliche Phantomkurs.* Urban u. Schwarzenberg, Berlino e Vienna, 1922. Un vol. di 311 pag., con 165 figure. Marchi 330.

Il Liepmann, già noto anche al gran pubblico medico per il suo Seminatorio ostetrico, tradotto in italiano dal Merletti (Soc. Edit. libraria), pubblica ora questo volumetto con la esposizione sistematica teorica delle varie operazioni ostetriche.

Anche questo volume è corredato da nitidi disegni, schematici alcuni, tutti molto dimostrativi.

La esposizione è molto stringata, ma chiara e completa nei vari capitoli. Un po' più sacrificata è la parte dedicata agli interventi embriotomici, e forse troppo ridotta la parte storica del taglio cesareo, a cui è riservata appena una paginetta e non si mette in sufficiente luce la evoluzione della tecnica moderna. Ma ciò del resto andava fuori dallo scopo dell'A., di dare una guida di tecnica operatoria elementare.

Qua e là l'A. intercala utilissime osservazioni derivategli dall'esercizio clinico, e modi di vedere che dànno una caratteristica speciale al libro.

Ne riportiamo qualcuno:

Per l'ostetrico il « tempo » è un concetto relativo, dato non dalle ore ma dal numero e dalla intensità delle contrazioni.

L'ostetrico deve possedere calma, calma e ancora calma! Nervi di ferro, piccole mani ma con muscolatura bene sviluppata dallo sport. E passione! Non è un facile pane lavorare ugualmente di giorno e di notte, essere un buon tecnico, con spirito scientifico, e conoscitore della psicologia femminile!

Come le esercitazioni delle manovre per gli ufficiali, così devono per il pratico essere le esercitazioni sul fantoccio sempre continuate. Non sempre c'è la guerra e troppo rari sono i parti. Essere preparato vuol dire essere poi vittorioso.

Il forcipe di lusso è immorale. E non è poi un lusso il farsi lacerare il perineo con un forcipe superfluo.

Si potrebbero seguitare le citazioni a dimostrare come l'A. ha saputo togliere ogni aridità alla esposizione.

Ottima guida dunque. E informata tutta da un gran rispetto della vita della madre e del figlio, facendo suo il motto tolto da J. Roderer (Gottingen, 1751): *Obstetricia! — Marito dulcem reddit coniugem — proli matremmatri laborum mercedem, — familiae solamen (civitati fundamentum).* P. G.

A. SIREDEY e J. GAGEY. *Le Radium en Gynecologie.* L'Expansion scientifique française, Paris, 1922, vol. in-16, pag. 250. Franchi 10.

È una esposizione chiara, ordinata, dello stato attuale delle nostre conoscenze di ordine scientifico e pratico sulla radioterapia.

La natura, le azioni fisiche e le azioni biologiche delle radiazioni sono esposte in maniera molto succinta. Maggiore larghezza è riservata alla parte delle applicazioni pratiche, sia per ciò che riguarda il cancro dell'utero, sia per i fibromi, e per le altre affezioni emorragiche. Un ottimo senso critico avvalora la esposizione dei singoli risultati, senza entusiasmi irragionevoli.

Non è, ed evidentemente non voleva essere, un libro dedicato agli specialisti radiologi, per quanto anche essi vi possano trovare utili notizie; ma è sopratutto un ottimo volume di volgarizzazione per chi non può seguire direttamente tutto il lavoro che viene di continuo prodotto in questo così interessante campo della terapia. P. G.

GINO FRASCANI. *Donna.... partorirai senza dolore!* Firenze, Vallecchi, 1922, pag. 34, L. 5.

Il titolo fa veramente sperare una trattazione più completa che non sia quella data dall'A. all'argomento, o che vi esponga nuovi ritrovati che davvero risolvano il problema del *parto senza dolore.*

In realtà, come appare dal II titolo, a pagina 3, si tratta solo della edizione commerciale di una comunicazione fatta dall'A. alla Società toscana di Ostetricia e ginecologia il 26 marzo 1922 sulla *Rachioanestesia novocainica* durante il travaglio di parto e le operazioni ostetriche.

L'idea di largheggiare nella anestesia lombare in luogo della generale nelle operazioni ostetriche o anche di estenderla al periodo espulsivo dei parti normali può essere lodevole, sopratutto stando ai risultati che l'autore ci dà. Ma le pene del parto non sono soltanto quelle del periodo espulsivo! Non ostante il titolo quindi, il problema del parto indoloro è ancora in gran parte da risolvere, anche dopo la comunicazione del Frascani. P. G.

AVVERTENZE.

I quesiti devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 30 luglio 1922.

Presidenza: prof. GIOVANNI MIRANDA, presidente.

Sull'imbibizione dei tendini.

QUAGLIARELLO prof. GAETANO. — I tendini ed i tessuti connettivi in genere, riscaldati progressivamente in soluzioni acquose o in olio, presentano alla temperatura di 62°-65° C. un accorciamento critico molto intenso ed irreversibile. Il meccanismo di questo accorciamento non è chiaro. Fra le varie ipotesi formulate per chiarirlo, è generalmente accettata quella che pone come causa immediata dell'accorciamento una brusca variazione della imbibizione dei tendini. Le ricerche dell'O. sulla imbibizione dei tendini in funzione della temperatura, e in relazione con la loro lunghezza, mostrano l'inverosimiglianza di tale spiegazione. Sulla scorta delle sue ricerche, l'O. pensa che il meccanismo dell'accorciamento possa essere il seguente: alla temp. di circa 60° C, il collageno si trasforma in gelatina, e questo si scioglie; il tessuto elastico, che fino a quel momento era impedito d'accorciarsi dal tessuto collageno, si accorcia allora bruscamente, sia perchè trovasi nel tendine in uno stato di modica tensione, sia perchè per la sua natura esso si accorcia col calore o si allunga col raffreddamento.

A conforto di questa ipotesi, l'O. mostra come un tendine, tenuto per 10-20 minuti in acqua a 70° C, dal quale dunque il tessuto collageno è stato allontanato, si comporta per ciò che riguarda l'azione del calore, precisamente come una molla elastica di caucciù; si accorcia cioè col caldo e si allunga con il freddo.

Sopra la sindrome paralitica progressiva e le sue forme.

ROMANO prof. ANACLETO. — L'O. dopo aver ricordato le recenti onoranze della tesi di Bayle ed i risultati delle conclusioni dei lavori, che accompagnarono lo svolgersi di quelle onoranze centenarie, si sofferma e fa delle osservazioni sopra tre punti di quei risultati. All'O. non sembra che l'*aracnite cronica* di *Bayle* sia la stessa cosa della sindrome paralitica generale progressiva moderna, ma una forma centrale e fondamentale di essa, e che perciò mal compete a questa ultima la denominazione di malattia di Bayle. Se per ossequio a qualcuno l'attuale sindrome debba denominarsi dal nome di questi, all'O. sembra, per più ragioni, che la denominazione più appropriata sia quella di *sindrome del Morgagni-Sementini.* L'O. passa poi ad esporre le ragioni statistiche, cliniche, anatomo-patologiche, sperimentali e biologiche, per cui oggi non è più ammissibile la monogenesi luetica della sindrome generale progressiva. La sifilide dà origine ad una forma o ad una associazione paralitica, ma non è il solo fattore della sindrome, che tiene a diversi agenti genetici, che agiscono da soli o combinati come ampiamente dimostra. Concludendo su questo punto dice che o si scarta la monogenesi luetica e

trionfano le leggi biologiche dell'evoluzione sifilitica del Ricord, o si scartano queste e si ammette la monogenesi, entrambi non possono sussistere.

L'O. espone la necessità di una revisione alla classifica delle forme morbose della sindrome in questione ed espone uno schema di classifica basato sulla unicità di criterio per ciascun tipo di aggruppamento. Dà anche molta importanza al criterio della eccitabilità e della conducibilità elettrica, come mezzo di differenziamento, dacchè diverse forme possono anche isolarsi a mezzo dello esame elettrico, che riesce anche di controllo etiologico, specie per le forme artritiche in cui l'esame elettrico riesce sempre normale. Nel conchiudere l'O. nota che le recenti onoranze a Bayle sono state beneauguranti perchè proprio recentemente è stata rilevata in decrescenza la curva statistica della paralisi generale progressiva, e ciò per ragioni diverse, che si possono studiare ed enumerare.

Ectopia del cieco nella fossa iliaca sinistra in un caso di ernia inguinale sinistra strozzata retrograda.

GIANTURCO dott. GIULIO. — L'O. presenta due casi assai rari ed interessanti di malformazioni congenite da lui osservati nell'Ospedale San Carlo di Potenza. Il primo riguarda un adulto ricoverato con diagnosi di accettazione di ernia inguinale sinistra strozzata. All'atto operativo si riscontra ernia retrograda a W ed imponendosi la resezione dell'ansa endoperitoneale a causa delle gravi alterazioni riscontrate, mentre si procedeva alla maggiore esteriorizzazione dei due capi residuali per compiere tutta la manovra comodamente fuori dall'addome, si constatò che uno di essi era trattenuto in profondità. Trasformata allora la ferita in ernio-laparotomia per darsi ragione e vincere l'ostacolo alla esteriorizzazione, si potè constatare che il capo in quistione rappresentava gli ultimi quindici centimetri di ileo e che esso era tenuto fisso per la sua continuità con il cieco che era in ectopia iliaca sinistra. L'appendice vermiforme era in situazione normale e si dirigeva verso la pelvi; la linea di impianto del mesentere e del mesocolon poteva essere rappresentata da una S coricata a branche assai ravvicinate. Fegato, milza, cuore erano in posizione normale. Sulla patogenesi delle lesioni riscontrate sull'ansa endoperitoneale delle ernie a W, l'O. esprime il parere che siano da attribuirsi ad un meccanismo agente di conserva con lo strozzamento erniario e cioè con il volvolo endoperitoneale; la rarissima ectopia del cieco nella fossa iliaca sinistra deve essere riportata ad una condizione embrionale che ha determinato l'arresto del movimento normale di rotazione del mesentere primitivo. L'ammalato è perfettamente guarito dal grave atto operativo subito.

Teratoma parassitico sacrale.

GIANTURCO dott. GIULIO. — È stato riscontrato in un bambino di undici anni che portava sino dalla nascita un tumore della natica destra. Il tumore, grosso come una testa di feto a termine, era ricoperto dal grande gluteo; aderiva al margine ed alla concavità del sacro e così pure all'incisura ischiatica. Spingeva al di sotto di questa un prolungamento del piccolo bacino. Del tumore è stato praticato un esame macroscopico, radiografico e microscopico accuratissimo che ha dimostrato trattarsi di un tipico tridermoma con caratteri organoidi e sistematoidi elevatissimi. Erano presenti una cisti sebacea, un testicolo, un surrene, un ganglio linfatico, un frammento di labbro, un frammento di esofago, uno di grosso intestino, inoltre tessuto osseo e cartilagineo in forma di sacro, ossa iliache, di osso lungo e di metatarso. In più tutte le varietà di tessuto connettivo, nervi e vasi. In base a tale esame l'O. vuole classificato il suo caso tra i teratomi adulti, coetanei o parassitici ravvicinandolo alle mostruosità doppie asimmetriche. Anche questo operato è definitivamente guarito. A. CHISTONI.

Reale Accademia Peloritana - Messina.

Seduta del 27 giugno 1922.

Presidente: G. B. RIZZO.

Sulla cosidetta autoemoagglutinazione per invecchiamento del sangue, presentato dal dott. VITTORIO SIRACUSA).

A. CARERI, laureando in Medicina. — Si conferma l'esistenza del fenomeno già osservato dal Bond (*The Brit. med. Jour.*, n. 3129, 3130, pag. 325, 973, 1920), dell'autoagglutinazione nel sangue di pecora prelevato asetticamente, defibrinato e lasciato a sè per 7-10 giorni. Essa è legata realmente a modificazioni dei globuli e non del siero, ma non è dovuta a formazione di un agglutinogeno nei globuli rossi, come aveva ammesso il Bond. La mancanza, nelle esperienze eseguite, di assorbimento specifico e particolarmente l'effetto agglutinante sui globuli invecchiati della *semplice soluzione fisiologica* dimostrano che non si è in presenza di una reazione antigene-anticorpo, del tipo della iso- ed etero-agglutinazione, ma di un fenomeno analogo alla flocculazione per sostanze chimiche. Nè questa autoagglutinazione ha a che fare con il fenomeno dell'impilamento, poichè, contrariamente a questo si manifesta con sieri diluiti, anzi con soluzione fisiologica pura e con sieri arricchiti, artificialmente di lecitina. Si tratta di un fenomeno a sè stante, legato a modificazione dei globuli rossi, la cui natura finora ci sfugge.

Tentativi di autoterapia della bronchite cronica e dell'asma bronchiale con lo stesso espettorato del paziente.

Dott. O. MUSCOLINO. — L'O. riferisce di avere ottenuto dei risultati, in qualche caso molto promettenti, nell'una e nell'altra categoria di ammalati.

Previa disinfezione delle fauci e della bocca dell'infermo, si raccolgono gli espettorati in una capsula sterile, si triturano e si emulsionano aggiungendovi della soluzione fisiologica nel rapporto di 1 : 5. Il tutto si sterilizza a bagnomaria a 70-75 per mezz'ora, si aggiunge delle gocce di acido fenico all'1-2 per cento e si filtra. Il liquido

così filtrato viene iniettato a giorni alterni e progressivamente da 1 a 5 cmc., sotto la cute. Gli ammalati tollerano bene queste iniezioni senza alcuna reazione locale o generale. Le osservazioni continuano e ancora non crede sia il caso di dare un giudizio definitivo.

Tubercolino-terapia.

Dott. O. MUSCOLINO. — L'O. riferisce di avere sottoposto alcuni ammalati di tubercolosi polmonare, alla tubercolino-terapia con scarificazioni cutanee col metodo usuale delle cutireazioni ripetute ogni 6-8 giorni.

Questa cura è applicabile agli stadi pretubercolari e agli ammalati ad andamento lento che presentano ancora un certo grado di resistenza e di reazione organica.

Gli ammalati ad andamento rapido e gli emaciati debbono essere scartati. In molti casi si è ottenuto un miglioramento incoraggiante quale la diminuzione o la scomparsa della febbre e dei sudori notturni, la diminuzione della tosse e dell'espettorato, il ritorno dell'appetito, il miglioramento dello stato generale e dei sintomi obbiettivi.

Sulla dissociazione del potere dissolvente e del potere triptico del succo pancreatico.

Dott. S. RACCHIUSA. — L'O. con una speciale disposizione sperimentale viene a dimostrare come il succo pancreatico cinasato, col calore viene a perdere il potere di dissolvere le albumine genuine, mentre mantiene perfettamente attivo e ben conservato il potere idrolizzante cioè il potere triptico. A tal uopo si serve di succo pancreatico proveniente da una fistola di Paulow, cinasato con cloruro di calcio (cinasi salina) e come sostanze proteiche si serve dell'ovoalbumina coagulata, essiccata e polverizzata per la dimostrazione del potere triptico: e dei tubi di Metz per la dimostrazione del fenomeno del dissolvimento.

Dopo 48 ore di termostato i tubi di Metz restano intatti, mentre è ancora attivo e ben conservato il potere di produzione dei gruppi amminici che è l'indice del fenomeno di digestione triptica, ciò che viene dimostrato col metodo Sörensen.

Pirrolo e pigmenti melanici.

Prof. R. BRANCATI. — Ha cercato di dimostrare se le melanine dei tumori potessero derivare dal pirrolo istituendo esperienze in vivo e in vitro con adeno-carcinoma trapiantabile di topo. Gli esperimenti in vivo furono negativi per la sensibilità spiccata dei piccoli animali a dosi minime di pirrolo: in vitro ottenne una pigmentazione nera dei tumori, che assumevano l'aspetto melanotico. Tale proprietà di trasformazione del pirrolo in nero di pirrolo ed in pigmento d'aspetto melanico è posseduta anche dagli organi vari ed in maniera spiccata dal fegato, rene. La differenza coi tumori viene attribuita ad una minore riserva di ossidasi dei vari tessuti in relazione inversa col consumo fattone nel vivace accrescimento. Istologicamente il pigmento si presenta sotto forma di granuli neri o bruni nell'interno delle cellule.

Di un singolare reperto in relazione con le ustioni.

Prof. R. BRANCATI. — Nel corso di esperienze sulla patogenesi della morte per ustione, sia negli animali ustionati come in quelli iniettati con estratti o filtrati alla candela di organi degli ustionati, ha visto la formazione nel midollo osseo, milza, ghiandole linfatiche, fegato, sottocutaneo di piccoli noduletti, costituiti, all'esame istologico, di minuti ammassi di granuli, simili alle granulazioni protoplasmatiche, circondati da elementi in lisi, senza lesioni dei tessuti parenchimatosi. In stadi ulteriori la piccola massa presenta una zona centrale uniforme, mentre la parte periferica è ancora granulosa. Crede si tratti di un processo di coagulazione e necrosi di speciali elementi cellulari, verosimilmente della serie emoistiocitica, per azione sistematica di sostanze portatevi a contatto dal plasma sanguigno.

Ricerche chimiche e farmacologiche sulla glicirrizina.

Dott. LUIGI EFISIO TOCCO. — L'O. espone il suo metodo di estrazione della glicirrizina dalla radice di liquirizia; esso si basa nel fare rapidamente un influso a freddo della radice polverizzata, filtrare, trattare il filtrato con acido tartarico o solforico, raccogliere il precipitato su fibri, lavarlo, essiccarlo rapidamente. Questo prodotto è composto di due sostanze una solubile in etere acetico, attiva, l'altra insolubile, inattiva. Se le operazioni di filtrazione, precipitazione, lavaggio, essiccamento non si eseguono rapidamente il prodotto si altera presto ed è inattivo negli animali.

Si ottiene così una sostanza appena colorata in giallo, sotto forma di scagliette a superficie levigate di lucentezza di diamante. La glicirrizina così preparata ha azione depressiva paralizzante.

Sul meccanismo di azione dei cardiocinetici. Nota 1ª. - *Modificazioni strutturali degli articoli delle miofibrille nella diastole e sistole normale.*

Dott. LUIGI EFISIO TOCCO. — L'O. espone le sue esperienze, fatte sui cuori di rana, con una tecnica speciale, in diverse condizioni sperimentali, su cuori fissati in sistole o diastole normali o prodotte artificialmente con vari mezzi. Da queste ricerche risulta che:

1) Nella fase di contrazione i dischi Q sono sempre trasversali alla fibra;

2) Nella fase di rilasciamento i dischi Q sono longitudinali alla fibra;

3) La stria M e i dischi chiari I subiscono dei cambiamenti di forma e di direzione, in relazione ai cambiamenti dei dischi oscuri Q;

4) La stria Z è l'unico articolo che mantiene sempre immutata la sua posizione trasversale alla fibra, quindi Z è l'unico piano di divisione fibrillare che divide la miofibrilla in elementi ed ogni elemento è compreso fra due strie Z.

S. RACCHIUSA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Una sindrome singolare, probabilmente appartenente al gruppo delle Wilson-pseudosclerosi.

Nell'osservazione del Soderbergh (*Acta medica scandinavica*, 1922, n. 5), si trattava di un agricoltore di 35 anni colpito in maniera insidiosa da 5 anni da un'affezione progressiva.

Questa era iniziata con disturbi visivi riconosciuti dovuti ad un'opacità a cintura dell'occhio destro. In seguito si stabiliscono a carico dei due occhi delle formazioni giallastre simili a pinguecule. Si manifesta e si aggrava a poco a poco una melanodermia, nel mentre il malato indebolisce e diminuisce di peso, si manifesta una disfagia intermittente, disturbi della deambulazione, diplopia. Esaminato nel maggio 1921 presenta una cachessia del tipo addisoniano, senza ipotensione e senza disturbi intestinali. Non tubercolosi polmonare. Opacità a cintura dell'occhio destro; pinguecule giallastre in ambo gli occhi. Meteorismo; aumento di volume della milza; aumento del grasso nelle feci. W. R. negativa. Disturbi della marcia atipici, modici e variabili segni piramidali, riflessi addominali presenti, nistagmo del tipo non vestibolare. Nel dicembre 1921: regressione di tutte le pigmentazioni; ottusità del fegato diminuita, urobilinogeno ad intervalli nelle urine, levulosuria alimentare, aumento del peso.

Anche gli oculisti interpellati, riconoscono la rara affezione degli occhi presentata dal p., come primitiva e non dovuta a senescenza. Axenfeld ne ricerca la patogenesi in un disturbo primitivo della nutrizione della cornea e, secondariamente ai traumi esterni predisponenti all'opacità a cintura in corrispondenza della linea di apertura della rima palpebrale. Si sarebbe potuto ammettere anche un disturbo trofico del trigemino causato da una malattia nervosa.

L'A. discute le varie ipotesi e si sofferma a ritenere come meglio fondata l'ipotesi di una intossicazione da causa comune, data la cachessia e l'aumento di volume della milza e, conseguentemente, un disturbo nutritivo della cornea. La melanodermia presentata dal malato non può riferirsi ad una alterazione delle capsule surrenali, per la mancanza dell'ipotensione, dei disturbi digestivi, dei dolori abituali e piuttosto ricorda all'A. delle alterazioni delle pelle già dallo stesso riscontrate in altri casi di pseudo-sclerosi-Wilson.

Sappiamo che le cirrosi epatiche non sono così semplici come si è finora supposto: vi sono molte forme differenti sia clinicamente che anatomicamente e non tutte ad evoluzione rapida progressiva. Anche il cosidetto diabete bronzino può avere una durata più lunga che non si pensi ed anche dei miglioramenti; d'altra parte non è una novità trovare in connessione con una cirrosi epatica dei disturbi della cornea e dei disturbi nervosi: ed è questa combinazione di sintomi che viene realizzata nel caso suddescritto. MONTELEONE.

Natura e patologia della chorea minor.

Attualmente si riconosce alla corea un'origine tossica o infettiva, reumatica o anche sifilitica. Però non tutti gli stati morbosi che presentano movimenti atetoidi, bizzarri, e senza scopo, vanno classificati nella corea. Specialmente nei bambini la diagnosi va confortata da un esatto nosografismo.

Un passo innanzi fu fatto quando Aschoff descrisse i nodi submiliari del reumatismo: essi si trovano per lo più nelle pareti del ventricolo sinistro, e sono caratterizzati da cellule giganti simili a quelle descritte da Reed nel morbo di Odgkin: sono disposte a ventaglio o a rosetta. Nei noduli si trovano pure linfociti e neutrofili. I noduli perivasali sono molto piccoli. Coombs non li ha mai osservati, ma essi furono veduti da Fraenkel, Rotschild e Thalheimer. Sembrano piuttosto la reazione ad un'infezione che ad un'intossicazione.

L. Schroeder (*Journ. A. M. A.*, 15 luglio 1922) riporta un caso di endomiopericardite reumatica, nel quale al settimo giorno di degenza si sviluppò una tipica corea minor, e venne all'autopsia tre giorni dopo. L'emocultura fu negativa due volte, il versamento pericardico era sieroso. Nel miocardio furono trovate cellule giganti di Aschoff, quantunque non disposte a ventaglio o a rosetta, forse per la recenza del processo. Il cervello non fu potuto esaminare.

Questo caso viene a confermare la parentela, riconosciuta da tutte le statistiche, tra reumatismo e corea, parentela che da taluno è sottoposta a cauzione pei non rari casi di corea senza manifestazioni reumatiche.

Movimenti coreici si possono avere per lesioni dei gangli basali: nell'encefalite letargica la sindrome parkinsoniana è preceduta non di rado da un periodo di movimenti coreici.

Nei reperti anatomopatologici della corea sono riferite lesioni del talamo e dello striato, non distinguibili da quelle postencefalitiche, nonchè lesioni del nucleo rosso (Marie, Tretiakoff, Schuster). Si può dunque concepire che la base anatomica della corea senza reperto anatomopatologico sia una lieve encefalite transitoria.

In dieci casi Quigley avrebbe avuto culture positive dal sangue e dal liquor, però senza aumento della linfocitosi nè delle globuline.

A questa teoria organica si oppone Cobb, obiettando che talvolta la corea si inizia dopo emozioni improvvise: nella corea da schock, come nella corea delle gravide si tratterebbe piuttosto dell'azione di tossine sul cervello, e precisamente sui gangli basali. Resterebbe una debolezza locale, onde le eventuali successive psiconeurosi tenderebbero a manifestarsi con fenomeni coreici.

H. Cheney ritiene che focolai infettivi limitati, ad es. dentari, possono per via infettiva o tossica dar origine ad una forma di corea, che migliora o guarisce curando radicalmente i focolai stessi. DORIA.

Su alcune rare manifestazioni a forma bulbare (laringee e respiratorie) della « encephalitis chronica epidemica ».

G. Bilancioni e G. Fumarola (*Atti della Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma*, 1921) hanno studiato 10 infermi di *encephalitis chronica epidemica* che presentavano disturbi del ritmo respiratorio.

Questi pazienti andavano soggetti ad attacchi dispnoici non provocati da stimoli esterni con respirazioni profonde e rapide. In tali circostanze spesso la respirazione era solamente boccale, non nasale, con tipo di respiro prevalentemente addominale e con la espirazione di solito più lunga della inspirazione. Negli intervalli liberi i malati respiravano pressochè normalmente.

Le cure a base di arsenico, jodio e bromo non apportarono nessun miglioramento.

L'esame laringoscopico mostrò una certa discinesia delle corde vocali; sovente fu notata una ipoestesia tattile e dolorifica del vestibolo laringeo.

La voce in genere non presentò alterazioni di rilievo. Gli AA. ritengono che tali disturbi dipendano da tossine circolanti nel sangue capaci di disturbare più o meno frequentemente e più o meno intensamente il funzionamento del centro respiratorio stesso.

È da notare che gli infermi studiati presentarono tutti la sindrome parkinsonoide postencefalitica.

Il lavoro è corredato di tracciati molto dimostrativi. RADOGNA.

L' insonnia infantile.

La vita del bambino riposa sul tripode del cibo, del caldo, del sonno; qualsiasi disturbo di uno di tali fattori si fa risentire sugli altri e minaccia l'esistenza del bambino.

Il bisogno di sonno è grande in questo: dei primi sette anni di vita, quattro e mezzo devono passarsi dormendo: sulle 24 ore del giorno, il neonato ne dorme, a sei mesi 18, a 4 anni 14.

Manca nel bambino la vera insonnia, ed ogni disturbo del sonno in esso è un rimprovero per quelli che ne hanno la cura; solo nell'idrocefalo, nel mongolismo od in gravi alterazioni cerebrali vi è l'insonnia spontanea.

Le cause dell'insonnia sono di solito molteplici; spesso si riconoscono visitando la stanza dove dorme il bambino, la temperatura, la luce od il rumore eccessivo; altre cause frequenti sono i disturbi del sistema digerente, flatulenza, coliche, fame, e, più spesso che non si creda, sete a cui talvolta erroneamente si crede di porre rimedio, somministrando il latte.

Per quanto riguarda il *cullare* C. E. Sundell (*The practitioner*, luglio 1922) osserva che esso non è necessario, ma il bambino ci prova gusto e lo attende prima di addormentarsi: mentre poi un cullamento leggero può essere indifferente, quello fatto vigorosamente è dannoso, provocando, fra l'altro, flatulenza. Talvolta poi, in bambini abituati al *succhiotto* (un pezzo di zucchero avvolto in garza, che si fa succhiare al bambino) la mancanza di questo può essere una causa ignorata di insonnia, quando p. e. si ignori tale abitudine e vi sia un cambiamento nella donna che accudisce al bambino.

Altre due cause di insonnia sono le abitudini irregolari e l'eccitamento durante la veglia: bisogna resistere a qualsiasi tentativo di far ritardare l'ora del sonno; il bambino che viene tenuto sveglio esaurisce la sua energia nervosa e quando poi viene messo a letto, rimane troppo stanco per addormentarsi. La regolarità delle abitudini deve essere assoluta per assicurare il benessere del bambino: qualsiasi piccola infrazione viene poi scontata. Anche l'eccitamento durante la veglia va senz'altro evitato.

Quando l'insonnia non cede al ristabilimento dell'igiene si potranno tentare in casi eccezionali gli ipnotici, da somministrarsi in dose decrescente, cioè la prima sera la dose

sufficiente per esser certi di ottenere l'effetto, la seconda sera la metà, la terza i 3/4, la quarta nulla. Per un bambino di 4 mesi, l'A. consiglia bromuro d'ammonio 25 cg. con 3/4 di cmc. di sciroppo di cloralio; vanno assolutamente evitati gli ipnotici sintetici, che, per i bambini, possono trovare indicazione solo per calmare i dolori dell'otite media

fil.

Onanismo larvato delle bambine.

A. HAAS (*Münch. Med. Wochenschrift*, n. 31, 1922) riferisce di una bambina di 12 anni, che stringendosi il collo con le mani fino a determinare dei fenomeni asfittici, si procurava un senso di godimento che determinava la frequente ripetizione di tale atto nonostante tutte le possibili misure suasive e repressive. Durante tali atti la bambina presentava tachicardia, arrossamento del viso, midriasi, poi cianosi, estensione spastica degli arti inferiori e flessione plantare dei piedi; dopo 20-40 secondi rilasciamento generale e spesso sonno. Le varie fasi in cui si potevano dividere le conseguenze degli atti di strangolazione: senso di godimento progressivamente più intenso, acme, reazione motoria analoga all'orgasmo, poi rilasciamento e spesso sonno, dimostrano trattarsi di un'onania larvata incosciente extragenitale.

Notevole miglioramento in seguito a trattamento suggestivo ipnotico. POLLITZER.

TERAPIA.

Sul così detto drenaggio.

M. Balsamo (*Riforma Medica*, 26 giugno 1922) passa in rivista i diversi sistemi adottati per assicurare il continuo deflusso del pus da una ferita man mano che si forma. Le sostanze usate a tale scopo sono le seguenti:

1° Sostanze a potere assorbente: fra tutte quelle proposte è rimasta la garza per il drenaggio capillare.

2° Sostanze che hanno lo scopo di mantenere aperta la ferita e di servire come guida al pus: sono tuttora in uso i tubi di gomma.

Drenaggio-sigaretta: introdotto dal Ruggi fin dal 1897: consiste nel rivestire la garza con guttaperca laminata, evitando così l'aderenza di quella alla ferita.

Paraffina. Proposto da Soresi nel 1915, pure per evitare le aderenze alla ferita: Si versa direttamente la paraffina fusa o la si introduce per mezzo di una siringa attraverso l'orificio che ne viene così rivestito: oppure si immerge nella paraffina fusa un pezzo di garza arrotondata su se stesso e, *dopo raffreddamento*, lo si introduce dolcemente nella ferita.

Drenaggio filiforme. Chaput usa introdurre fili di natura e di volume varî, quali crini di Firenze, candelette uretrali piene da 3 a 7 mm. di diametro, fili metallici che attraversano da parte a parte: altrimenti usa il drenaggio diritto, con caucciù pieno n. 18 e candelette uretrali di gomma.

L'A. osserva che spesso il drenaggio, di qualunque sistema esso sia, non risponde al suo scopo, sia perchè talvolta dietro di esso si vede fuoriuscire un fiotto di pus, sia perchè in qualche caso, tolto il drenaggio, si vede rapidamante esaurirsi la suppurazione. Egli consiglia invece l'uso della foglia di gomma *para*, eventualmente di pezzi di guanti di gomma fuori uso; dove si trova indicato il drenaggio, si introduce nella profondita dei tessuti uno o più frammenti di tale gomma bollita, non già a striscia unica, ma addirittura a zaffo, pieghettando e stipando lassamente il tessuto di gomma entro la cavità: medica poi a piatto con strati di garza

Il pus fuoriesce completamente fra le pieghettature della gomma, non ristagnando mai in profondità: la gomma non aderisce ai tessuti e la sua rimozione è assai semplice e non provoca dolore. Essa del resto viene espulsa gradatamente dai tessuti granulanti, sicchè basta tagliarne le parti sporgenti, ad ogni medicatura da farsi quanto più di rado è possibile. L'A. ha trattato con questo sistema anche empiemi, osteomieliti, ascessi addominali da appendicite. L'unico inconveniente sarebbe una leggera irritazione e macerazione della cute a contattto con la gomma: vi si rimedia spalmando la cute con vaselina e curando che la gomma non sporga.

Occorre poi tener presente che la gomma aderisce tenacemente alla garza ed occorre un certo accorgimento nell'asportare l'ultimo strato di garza, per non trascinare la gomma, che va invece lasciata per tutta la durata della cura. *fil.*

Risultati della tonsillectomia.

A. Kaiser (*Journ. A. M. A.*, 17 giugno 1922) riporta la statistica di 10.000 casi di tonsillectomia, dei quali 5000 furono riesaminati dopo un anno.

L'indicazione operatoria fu nel 72 % la respirazione orale, e negli altri casi la frequenza dei raffreddori o delle angine, l'ingrossamento delle ghiandole cervicali, disturbi dell'orecchio, frequenti attacchi febbrili, dolori articolari e dolori di crescenza (4 %), concorrendo talora più cause.

Nei 73 % circa dei casi le tonsille erano ipertrofiche, e mostravano segni d'infezione; nel 3 % circa erano ipertrofiche ma non infette; nel 22 % erano normali, ma con segni d'infezione; nell'1 % mancavano anche questi segni.

La mortalità operatoria fu nulla, essendosi potuta rapidamente domare qualche emorragia: complicazioni postoperatorie furono la difterite, la polmonite, che si ebbero in pochi casi con qualche esito infausto; cinque casi di ascesso polmonare, qualche otite media catarrale o purulenta, una meningite purulenta. Nel 2 % circa dei casi i pazienti subirono dopo la operazione una considerevole perdita di peso, riparata tuttavia in poche settimane.

Dopo un anno, solo nel 9 % degli operati persisteva la respirazione orale; i sofferenti di angine e di raffreddori erano molto migliorati, e così pure i sofferenti d'orecchio, di accessi febbrili, e di dolori. Le ghiandole cervicali ingrossate non si ridussero, anzi comparvero nel 22 % circa dei soggetti che prima non le presentavano. In una piccola percentuale di operati si presentarono nuovi disturbi: raffreddori, angine, dolori articolari, cefalea, epistassi, nervosità, laringiti, bronchiti. Dalla statistica dell'A. non risulta se i tonsillectomizzati siano più o meno degli altri predisposti alle varie infezioni: solo la percentuale dei difterici fu alquanto più bassa.

Per apprezzare lo stato di nutrizione l'A. calcolò le tavole del peso normale in rapporto alla statura: al momento dell'operazione il 39 % aveva un peso inferiore al normale, e un anno dopo solo il 29 %.

In complesso gli operati si sentirono meglio, furono meno soggetti a malattie, si dimostrarono più svegli di mente: e ciò sopratutto in conseguenza della migliorata respirazione.

W. Emerson propone che i tonsillectomizzati restino in letto almeno cinque giorni per evitare lo stabilirsi o il perpetuarsi di infezioni del faringe e delle cavità prossime. Esse sarebbero responsabili per la tossiemia e la conseguente inappetenza, della perdita di peso degli operati. Perciò propone di sopprimere anche gli altri eventuali focolai infettivi, specialmente dentari.

J. Zahorski pensa che sia preferibile eseguire la tonsillectomia nei ragazzi grandicelli, quando già esiste una certa immunità per le infezioni delle vie respiratorie; non si dovrebbe eseguire durante le epidemie di queste infezioni.

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione del citrato di sodio sulla coagulazione del sangue.

Le conclusioni dei vari sperimentatori sull'azione coagulante del citrato di sodio *in vitro* non sono concordi.

Il Leone (*La Riforma medica*, 1922, n. 14), porta in riguardo a ciò un contributo sperimentale: ha operato sui cani, scegliendone dello stesso peso, mantenendoli ad una dieta costante, e somministrando loro, sia per via sottocutanea che per via endovenosa ed orale, il citrato di sodio. Per prelevare il sangue introduceva una cannula di vetro paraffinata in una delle arterie messe allo scoperto, raccogliendo circa due cc. di sangue in una provetta ed osservando il tempo di coagulazione. Esperimentando anche nei conigli, raccoglieva il sangue nella provetta direttamente dalla vena marginale dell'orecchio. All'inizio di ogni serie di esperimenti somministrava all'animale acqua distillata in quantità pari a quella che serviva come solvente del citrato di sodio onde controllare se l'acqua distillata in quella data quantità, fosse sufficiente da sola ad apportare delle modifiche sulla rapidità di coagulazione del sangue. I risultati, concordi, si possono così riassumere:

1) L'acqua distillata, non modifica in alcun modo il tempo di coagulazione del sangue;

2) La somministrazione di citrato di sodio per via orale, in quantità di uno o due grammi per kgr. di animale, non influisce sulla rapidità di coagulazione del sangue;

3) Il citrato di sodio, nel cane, somministrato ipodermicamente, ritarda fino al doppio del normale la coagulazione del sangue. Tale modifica si presenta dopo 1-1/2 ora dalla somministrazione e dura al massimo 24 ore;

4) Per fleboclisi, nel cane, il citrato di sodio, somministrato in quantità di gr. uno per kgr. ed a dosi refratte con brevi intervalli rende il sangue incoagulabile. L'azione è pronta e dura qualche ora.

Per spiegarne il meccanismo di azione, l'A. crede essere probabile un'azione decalcificante del citrato di sodio sul sangue fissando esso una parte del calcio-ione circolante.

MONTELEONE.

ERRATUM. — Nel fasc. 40, pag. 1317, «Nomine, promozioni ed onorificenze», riga 1ª, correggere Messina in Alessandria.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La nostra rubrica dei concorsi.

Molti concorsi a condotte mediche vengono da noi annunziati con ritardo, quando sono prossimi a scadere, di modo che queste notizie si rendono inutilizzabili o quasi!

La ragione è semplice: i Comuni fissano, quasi sempre, termini molto brevi di scadenza; di più i bandi od i relativi estratti vengono diffusi con ritardo: non di rado a noi pervengono qualche giorno appena prima della scadenza; e siccome, per la nostra forte tiratura, siamo costretti ad andare in macchina con qualche giorno di anticipo sulla data che i fascicoli recano, non facciamo neppure in tempo a darne l'annunzio.

Il risultato del sistema ostruzionistico instaurato dai Comuni, sempre più invalso, è di ridurre il numero dei concorrenti. L'assurda condizione di dover presentare preventivamente tutti i documenti, e la quasi impossibilità di procurarseli entro qualche giorno (anche senza considerare il fastidio, il perditempo e la spesa), mette molti medici, i quali non sarebbero alieni del cimentarsi a qualcuno dei concorsi banditi, nella assoluta necessità di rinunziarvi.

Le Amministrazioni comunali, nell'aprire i concorsi a condotte mediche, mirano appunto, quasi tutte, a questo risultato, perchè hanno già il loro candidato *in pectore*: un medico del luogo, un interino attratto con la prospettiva della «probabile nomina a titolare stabile», ecc.; esse si adoperano a spianare la via al loro beniamino, limitandone le alee d'insuccesso col ridurre al minimo il numero dei candidati: e per raggiungere questo intento, non v'è nulla di meglio che dare scarsa diffusione al concorso, o provvedervi solo all'ultimo momento, per salvare le forme.

Il sistema è condannabile perchè annulla praticamente il concorso ed impedisce che vengano prescelti gli elementi migliori, od almeno che questi giungano ad occupare i posti più ambiti, i quali sono anche quelli di maggiore responsabilità e dove si può rendersi più utili. Così il danno si ripercuote sulla collettività.

È strana l'indifferenza con cui la classe medica tollera da anni l'inconveniente. Si direbbe che questo non interessi nessuno. Gli Ordini, i Sindacati, le Associazioni professionali, sembrano non avere il diritto nè la curiosità d'indagare le ragioni della tardiva ed incompleta pubblicità data ai concorsi.

La stampa professionale dovrebbe sentire il dovere di esercitare il suo controllo. A dire il vero, il nostro giornale ebbe, or è qualche tempo, il merito d'innalzare una voce di protesta e di ammonimento; ma non trovò echi nè seguito!

***

Messo in evidenza l'inconveniente, bisognerebbe escogitare, o almeno suggerire, qualche rimedio. Il compito non è facile; tuttavia vogliamo azzardare una proposta.

Ci sembra fuori di luogo invocare dai Comuni una maggiore larghezza nello stabilire i termini, come si fa per i concorsi a medici ospedalieri, a ufficiali sanitari, a insegnanti universitari, sempre a lunga scadenza, di modo che la notizia ha il tempo di diffondersi tra tutti gl'interessati; ci sembra fuori di luogo di raccomandare ai Comuni uno zelo e una tempestività maggiori nel comunicare gli annunzi. I Comuni si manterranno fedeli ai loro metodi, sfidando tutte le esortazioni, salvo che non intervenissero disposizioni tassative di legge.

Riteniamo più opportuno che la Direzione generale di Sanità, sempre vigile nella tutela della salute pubblica e delle classi sanitarie, prepari una soluzione d'ordine amministrativo. Basterebbe, p. es., disporre di raccogliere, presso gli uffici dei medici provinciali, in un registro di protocollo od in uno schedario accessibili agli interessati, gli estremi dei concorsi banditi nella provincia, in modo che si possa averne una visione schematica, riassuntiva, chiara; che tutti questi elementi venissero accentrati in un ufficio della Direzione generale, e che da questo ufficio venissero date informazioni a quanti possano avervi interesse e diramate le notizie dei nuovi concorsi ai periodici che ne avessero fatto richiesta, come le riviste mediche professionali, i bollettini di concorsi, ecc. Un impiegato, dislocatovi da altri servizi, sarebbe più che sufficiente per accudire alla bisogna.

È anche desiderabile che si disponga una buona volta di concedere ai concorrenti la facoltà di regolarizzare la loro posizione a concorso espletato: per concorrere, deve poter bastare la domanda corredata dalla laurea.

La questione, che investe non soltanto la vita professionale medica, ma anche l'interesse pubblico, merita di essere affrontata e risolta.

L. P.

Cronaca del movimento professionale.

Per lo stipendio dei medici condotti.

La Direzione generale della Sanità pubblica ha proposto la modificazione seguente all'art. T. U. leggi sanitarie circa l'aumento di stipendio ai Medici condotti, sentito ufficiosamente il parere dei rappresentanti di classe (Associazione Nazionale Medici Condotti ed Associazione Nazionale Veterinaria): «Contro il deliberato della G. P. A. i Comuni e i Medici condotti interessati possono ricorrere entro trenta giorni al Governo del Re, il quale provvede con R. Decreto, sentito il Consiglio Superiore di Sanità».

Medici condotti e Amministrazioni comunali.

L'8 settembre ebbe luogo a Perugia un secondo convegno tra il Comitato Federale dei medici condotti e il Consiglio della Federazione dei Comuni Umbro-Sabini. In esso furono concretate le mo-

dificazioni al Capitolato tipo d'oneri e compensi, riguardanti specialmente il diritto alla cura secondo due elenchi di inscritti, il mezzo di trasporto da ritenersi sempre a carico del Comune, e gli aumenti quinquennali.

(Dall'«*Avvenire Sanitario*»).

All'ordine dei Medici di Roma.

Nella votazione che ha avuto luogo l'8 corr., sono risultati eletti i dottori Gallenga, Dragotti, Zevi, Giannuzzi; sono rimasti in ballottaggio Lugli, Volpini, Cochetti, Guidi, Paparozzi, Borromeo.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Servizio Ostetrico delle levatrici.

In seguito alla pubblicazione del regolamento del 1914 sull'esercizio ostetrico delle levatrici, vennero accresciuti i mezzi prescritti per l'assistenza al parto naturale, estendendoli anche a quanto era necessario per la prima igiene del neonato, specialmente per quanto si riferisce alla profilassi della congiuntivite.

Ora il Ministero, essendo venuto a conoscenza di alcuni inconvenienti verificatisi per inosservanza delle prescrizioni contenute nel suddetto regolamento e nelle annesse istruzioni, ha emanato in data 8 settembre u. s. una circolare con la quale invita i Prefetti ad indagare se vengono nella provincia rigorosamente osservate le predette disposizioni, specialmente quelle riflettenti i mezzi di cui dev'essere fornita la levatrice allorchè assiste le partorienti, e ad adottare, occorrendo, le misure atte ad assicurare l'adempimento delle prescrizioni in vigore e a reprimere le trasgressioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9676) *Licenziamento del medico condotto per fine di ferma.* — Dott. N. D. M. da L. — Risposto direttamente, come da sua richiesta.

(9677) *Medico condotto ed ufficiale sanitario - Se possono far parte della Congregazione di Carità.* — Dott. G. S. da R. — Il medico condotto può far parte della Congregazione di Carità, non così l'Ufficiale sanitario. Riscontrisi «la legislazione sanitaria in rapporto allo esercizio professionale» del comm. Vigo rispettivamente a pagine 165 e 195 ove è ampiamente trattato l'argomento.

(9678) *Pensioni.* — Dott. P. C. da L. M. — Liquiderà la somma annua di lire 4285. Per l'accompagnamento fatto all'inviato della Prefettura alla località infetta, ha diritto di percepire diaria e trasferta a carico del Comune, ai termini dello articolo 86 del regolamento per la esecuzione della legge sanitaria. Può rassegnare le dimissioni da Ufficiale sanitario, almeno un mese prima dall'epoca fissata per lasciare il servizio.

(9679) *Pensione.* — Dott. F. M. da V. — Sia con la nuova che con l'attuale legge può chiedere la pensione con 24 anni, sei mesi ed un giorno di servizio. In base alla nuova legge e con i forniti elementi, liquiderà la somma di lire 2118.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BOCCOLO DEI TASSI (*Piacenza*). — Scad. 20 ott. L. 6500 oltre L. 3000 complementari, L. 3000 cav. oltre L. 1500 c.-v. cav., L. 1200 c.-v., L. 300 indenn. serv. sanit., L. 2.50 addizionali sui 1000 poveri; assicur. Schiarimenti dalla Segreteria.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di Ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fasc. 29) è stata prorogata alle ore 12 del 30 novembre.

CERIGNATE (*Pavia*). — Consor. Scad. 20 ottobre. L. 6500, addizion. L. 1000 pei primi 1000 pov., lire 3000 cavalc.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

LUCCA. Scad. 31 ott. L. 6000 (*sic*) e 5 quinquenni decimo, L. 1000 trasp., due c.-v.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Scad. 10 nov., cond. interna, pianura; ab. 6047; L. 6500 per mille pov., L. 250 ogni centinaio in più fino a 2000, c.-v., 5 quinquenni dec., non obbl. cav.; laurea da almeno 3 anni; situaz. fam.; servizio ospitaliero nel riparto medico; eventuale assunzione anche del reparto esterno del Comune, qualora il Comune lo creda conveniente e vengano a cessare i patti contrattuali con l'attuale titolare.

MELZO. *Ospedale di S. Maria delle Stelle.* — Medico assistente; L. 5000 lorde, più L. 2000 c.-v., alloggio, duce, riscaldam., bucato, partecipazione proventi di Ambulat. Età limite 35 (salvo coloro che già prestavano serv. presso altri enti). Nomina e conferma biennali. A tutto il 20 ottobre.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

PALAZZO ADRIANO (*Palermo*). — Capitolato modello. Scad. 31 ottobre.

PALERMO. *Spedale Civico.* — Primario del reparto di terapia e diagnostica fisica, posto istituito dal Banco di Sicilia; L. 6000, c.-v., 3 quinquenni di L. 500, compartecipazione 25 % introito globale lordo proventi. Titoli. Età massima 45. Docum. all'Amministraz. dell'Osped. (via Quattro Aprile) non più tardi del 10 nov., ore 18. Nomina di 8 anni, conferma di 8 anni. Divieto di gabinetto radiologico privato; incompatibilità con Istituti dove esista gabinetto radiologico. Chiedere annunzio.

PORANO (*Perugia*). — Scad. 30 ott. L. 6000 per 1000 pov., L. 1000 di resid. povera se abbienti meno di 300, L. 1000 trasporto in campagna, L. 200 uff. san. e arm. farm., tre quinq. decimo.

QUISTELLO (*Mantova*). — Scad. 20 ott. Per San Giovanni del Dosso, costituendo comune autonomo. L. 9000, quadrienni decimo, doppio c.-v., L. 4000

trasp. per uso costante cavallo o automobile, lire 2500 per uso non continuativo cavallo o motocicletta, L. 800 bicicletta.

RACCOLANA (*Udine*). — Scad. 31 ott. L. 6000 e tre quinq. decimo, doppio c.-v., L. 2000 ovv. L. 1000 quale mezzo trasp., L. 500 se uff. san.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — Scad. 31 ott. 2ª cond.; L. 8500 e 10 bienni ventes., L. 2500 cav., doppio caro-viveri.

ROMA. *R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica dell'Università.* — È aperto il concorso per titoli al posto di aiuto effettivo alla cattedra (stipendio L. 5500 più i caro-viveri e l'indennità di alloggio). Indirizzare la domanda, corredata dai titoli, alla Direzione dell'Istituto al Policlinico Umberto I, entro il 30 novembre.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

RUVIANO (*Caserta*). — Scadenza 31 ottobre. Età limite 40. Stipendio L. 6000; indenn. cav. L. 1800; per uff. san. L. 200.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 30 nov.: 3ª cond., resid. a Palazzone, L. 6000 (*sic*) e 8 trienni ventesimo, L. 2000 trasp., c.-v.

S. ANATOLIA DI NARCO (*Perugia*). — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

SPELLO (*Perugia*). — Scad. 30 ott.; per i pov. di Mirabello L. 6500 (in corso aum. a 7400), doppio c.-v., L. 2500 cav. (in corso aum. a 4000)

SPOLETO (*Perugia*) — A tutto 1° nov., condotta di campagna seconda sud, resid. in Strettura, ab. 3026; L. 6000 (*sic*), doppio c.-v., L. 1800 obbl. cav. Età lim. 35.

VILLAFOCCHIARDO (*Torino*). — Condizioni capitolato. Scad. 31 ottobre.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Montevarchi (Arezzo), Grottamare (Ascoli Piceno), Claut e consorziati (Udine).

Revoca di diffide: Quinto Valentino.

Si rammenta che la provincia di Perugia è bloccata: tutti i concorsi banditi nella provincia sono diffidati.

Si fa presente che la condotta consorziale di Narco-Scheggino (Perugia) è boicottata a favore del dott. A. Vannuccini.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio Direttivo dell'Ospedaletto Infantile «Cesare Arrigo», di Alessandria ha nominato ad unanimità primario pediatra e direttore sanitario, il dott. Giovanni de Toni, aiuto della R. Clinica Pediatrica dell'Università di Padova.

Il dott. prof. Temistocle Laurenti è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per speciali benemerenze scientifiche e militari, acquisite durante la guerra italo-austriaca come capitano medico e direttore di Ospedale da Campo.

Il dott. Michele Contella, ufficiale sanitario di Monteleone di Puglia (Avellino), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia per benemerenze professionali.

NOTIZIE DIVERSE.

Il III Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie.

Organizzato ottimamente da un Comitato, presieduto dal prof. P. Marfori, del quale facevano parte, oltre al prof. Cavara, direttore dell'Orto Botanico, varie fra le più distinte personalità del mondo scientifico e industriale napoletano, il terzo Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie si è svolto a Napoli nei giorni 21-22-23 dello scorso settembre.

Riassumiamo brevemente i lavori, inspirati al concetto fondamentale di promuovere e attuare una armonica fusione della attività scientifica con quella industriale, e riportiamo più che altro le «conclusioni» dei singoli argomenti, che furono dibattuti e approfonditi.

La Relazione del prof F. Cavara su *«le basi della industria delle piante medicinali in Italia»*, passava in rassegna molto opportunamente tutti i mezzi scientifici e pratici per ottenere un reale sviluppo della suddetta industria; le conclusioni, approvate dal Congresso, invocavano:

1) secondo il concetto espresso nei precedenti Congressi, una opportuna legislazione per la raccolta e il commercio delle piante medicinali;

2) commissioni regionali di tecnici per censimenti e norme razionali;

3) istituzioni nuove, di carattere scientifico, tecnico e didattico, col complemento anche di controllo commerciale e appoggio al commercio razionale ed onesto delle piante medicinali.

Si approvava quindi un voto a favore di *Corsi di botanica farmaceutica* nelle scuole di farmacia, in aggiunta alle apposite scuole di erboristeria, ecc.

Una parte molto notevole ha avuto in questo Congresso, anche più che nei precedenti, la *industria idrologica* in senso lato, tenuto conto che in realtà per nessuna altra industria meglio che per questa noi siamo, in Italia, mirabilmente ricchi di materie prime.

Sopra tutto il complesso della *legislazione attuale nostra in rapporto* diretto, o indiretto, *con le industrie idrologiche*, il prof. P. Piccinini di Milano svolgeva una «relazione», prospettando quali sono i desiderati essenziali in rapporto alla sana vitalità della idrologia italiana e riferendosi sia alle stazioni idro-balneari ed al loro funzionamento come alle acque minerali vendibili in bottiglie. Detta relazione era fatta in nome del Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie Italiane» e ad un tempo in nome della «Associazione Medica Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica».

Gli «ordini del giorno» votati dal Congresso, in rapporto alle industrie idrologiche, ebbero i seguenti riferimenti:

1) Applicazione integrale e immediata della Legge 16 luglio 1916;

2) Attenuazione, in linea generale, del fiscali-

smo sugli Stabilimenti termali e soppressione della «tassa sui bagni»;

3) Concessioni ai Comuni, sedi di Stazioni termali, ecc., di tutti i mezzi necessari per la loro funzione specifica;

4) Una serie di provvedimenti riferentisi alla industria delle acque minerali in bottiglie, dimostrati necessarii sia per la vitalità di questa industria trovantesi ora in grave crisi e sia per la possibilità della espansione all'estero delle nostre acque minerali.

Importanti contributi alla ampia discussione portarono, oltre il relatore, il prof. Marfori, che presiedeva; il prof. Bertazzoli, presidente del Comitato Permanente dianzi ricordato; l'avv. Violati di Roma; il cav. Saccani e cav. Marelli di Milano, ecc. In particolare poi il prof. Di Franco, di diritto industriale presso la Università di Napoli, illustrava le questioni di diritto in rapporto alle industrie sanitarie in generale ed alle idrologiche in particolare (proprietà dei marchi, brevetti in genere, nome delle acque, ecc.).

Altre relazioni interessanti si ebbero riguardanti: «*L'industria chimica nazionale in rapporto ai nuovi orizzonti della farmacoterapia*» (dott. Cazzani di Milano), «*Sui varii metodi di stabilizzazione dei principii attivi delle piante medicinali*» (dott. Corradini di Napoli), «*Sui metodi di controllo delle acque minerali*» (prof. E. Cardoso di Napoli), «*Sulla attività del Comitato Nazionale pro piante medicinali, aromatiche*, ecc.» (prof. F. Cortesi di Roma) e comunicazioni importanti dei proff. G. Vinci, E. Tocco, dott. Leone, Inverni, Beverina, Falciai. Federici, ecc., ecc.

Il prof. Chistoni riferì intorno al «*controllo biologico delle soluzioni commerciali di adrenalina e necessità di unificare la loro preparazione*» e il dott. A. Botti, già favorevolmente noto nel campo giornalistico per le sue iniziative a favore del mezzogiorno d'Italia, trattò della «*opportunità di istituire in Napoli una Sezione del Comitato Permanente per le Industrie Sanitarie*»; il Congresso accolse pienamente tale idea. Infine il prof. Piccinini presentò una nota riguardante i «*Medici Italiani all'estero*» nella quale, dopo aver sinteticamente esposte le benemerenze dei colleghi nostri residenti all'estero ed i motivi pei quali non dobbiamo dimenticarli (come finora si è fatto), formulava una serie di proposte pratiche intese a dar vita a rapporti continuativi con tutti i numerosi e benemeriti colleghi dell'estero.

Nella seduta di chiusura, dopo un discorso del prof. Marfori, che riassumeva i lavori del Congresso, e altro del prof. Bertazzoli, che ringraziava e auspicava alla continuità ed allo sviluppo sempre maggiore di questi convegni scientifico-industriali proficui, si decideva che, per rendere possibile una preparazione sempre maggiore, essi siano biennali anzichè annuali, e si proclama Torino sede del Congresso futuro (1924).

La «*Mostra delle Industrie Sanitarie*», facente parte della «*Fiera campionaria*» e ottimamente organizzata dai dottori Imbert e Noccioli, riuscì interessantissimo e degno complemento del Congresso, per il quale meritano ampia lode gli organizzatori, e segnatamente l'egregio prof. Marfori.

P.

Congresso Medico-Chirurgico Marchigiano.

Questo Congresso, indetto dalla Società medico-chirurgica anconetana e di cui abbiamo dato notizia, ha avuto luogo in Ancona nei giorni 11, 12 e 13 settembre u. s., ed è perfettamente riuscito per numero e valore dei congressisti, e per l'importanza delle relazioni e delle comunicazioni. Hanno preso parte al Congresso — oltre tutti i Medici e i Chirurgi primari dei principali Ospedali delle Marche e numerosi medici condotti — molte illustrazioni mediche delle nostre Università nativi delle Marche, tra le quali l'on. prof. Baglioni di Roma, il prof. Marfori di Napoli, il prof. Donaggio di Modena, il prof. Gallerani di Camerino, ecc. Il Congresso è stato inaugurato dal Prefetto conte d'Ancora. Il Municipio e la Provincia hanno offerto un vermouth d'onore.

Il prof. Capogrossi, primario dell'Ospedale di Ascoli, ha riferito sul tema generale «La diagnosi precoce della tubercolosi polmonare»; il prof. Caucci sul tema «La chirurgia del cieco» e il dott. Montanari, radiologo dell'Ospedale Civile «Umberto I» sui «Limiti della cura radioterapica». Le tre relazioni hanno dato luogo ad una brillante e viva discussione.

Le comunicazioni, numerose, varie, interessanti, non poterono essere discusse tutte per mancanza di tempo. E questa è la migliore dimostrazione dell'abbondante contributo dato dai medici marchigiani al Congresso.

Nelle tre sere del Congresso ebbero luogo le conferenze del prof. A. Donaggio (La cellula nervosa); del prof. E. Levi, direttore e fondatore dello Istituto nazionale di Previdenza sociale (Il valore della vita umana) e del prof. sen. E. Maragliano (La tubercolosi e la vaccinazione antitubercolare).

I Congressisti hanno visitato l'Ospedale Civile «Umberto I» e il Manicomio. Il prossimo Congresso marchigiano avrà luogo nel prossimo anno a Camerino e la Commissione ordinatrice è riuscita composta dei proff. Baccarani, Baglioni, Donaggio, Gallerani, Marfori e Modena.

C.

Congressi.

Dei numerosi congressi sanitari che hanno avuto luogo negli scorsi giorni o che si aduneranno tra poco, i lettori troveranno notizie sommarie ovvero i resoconti dei lavori, a norma dell'interesse che presentano per la generalità dei colleghi.

Munificenza.

Il conte Gaetano Bonoris, nobile patrizio mantovano, ha regalato una sostanza colossale, che si vuol far ascendere ad oltre dieci milioni in beni stabili, più il magnifico palazzo di sua residenza, per un istituto pro'-infanzia.

Per l'internazionalizzazione dell'insegnamento.

L'Istituto Rockefeller ha invitato parecchi professori delle Facoltà mediche di Parigi e di Strasburgo a recarsi, completamente a spese dello

stesso Istituto, negli Stati Uniti, per studiarvi la organizzazione dei servizii sanitarii e dei laboratorii d'igiene.

L'Ordine dei Medici e la questione Ospitaliera di Torino.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine dei medici di Torino, preso in esame il progetto di costruzione del nuovo Ospedale in quella città, in un ordine del giorno si compiace del nuovo passo fatto dalla vecchia questione ospitaliera verso la definitiva soluzione, sperando che, superati gli ultimi ostacoli per parte delle competenti autorità, pel decoro della Città, nell'interesse della cittadinanza e della coltura medica, possa avviarsi sollecitamente verso la sua concreta attuazione.

Comunicato.

Con atto del 12 corr. l'*Istituto Biochimico Italiano* ha rilevato le attività materiali e scientifiche dell'*Istituto Immunitario Stomosine* (Anon. Cap. 1,000,000 in liquidazione). In relazione ai brevetti acquisiti, l'Istituto Biochimico Italiano anzidetto continuerà la produzione delle *Stomosine* e di altri prodotti immunitari sotto il controllo dello Stato.

Corsi per l'esercizio professionale in Germania.

L'Università di Amburgo ha organizzato dei corsi per preparare i medici all'esercizio professionale in alcuni paesi stranieri e cioè: Spagna, America spagnola, Olanda, Svezia, Danimarca e Norvegia. I candidati vengono esaminati sulle lingue, sulla storia, sullo sviluppo politico, civile e intellettuale di questi Paesi, ecc.; corsi collaterali, a scelta, concernono le malattie tropicali ed altri campi speciali. La Facoltà medica ha disposto i corsi in modo da adattarsi a queste *Auslandsdiplomprüfungen*, prove destinate a preparare e addestrare, teoricamente e praticamente, all'esercizio della medicina in paesi stranieri.

(*Journal A. M. A.*, 9 sett. 1922).

Corso internazionale di Studi Superiori all'Università di Vienna.

Promosso da un Comitato Universitario anglo-austriaco, di cui è presidente onorario M. Heinisch, si è tenuto presso l'Università di Vienna un corso internazionale di studi superiori. Sono stati svolti in francese, inglese, tedesco ed italiano argomenti politici, economici e scientifici con piena libertà di discussione. Per gli italiani la tassa era di lire 150. Il corso, iniziatosi il 7 settembre, durò due settimane. Per informazioni su questi corsi rivolgersi alla cancelleria dell'Università (Vienna 1, Werrengasse 7, presso l'hofrat Herz).

Il 5 maggio scorso spegnevasi a Mogadiscio, dopo lunga malattia, il dott. RAIMONDO DE PERSIIS, maggiore medico della Riserva e direttore dell'Ospedale Giacomo De Martino.

Era nato ad Alatri nel 1873: laureatosi a Roma fu per qualche tempo medico condotto nella Campagna romana. Nel 1911 si trasferì in Somalia dove diresse prima l'Infermeria di Merca e poi l'Ospedale De Martino in Mogadiscio. La vasta e soda cultura professione, il tratto signorilmente cortese, la squisita bontà del cuore, ed il grande generoso disinteresse, lo resero venerato e caro e quanti ebbero bisogno dell'opera sua intelligente e benefica.

I funerali riuscirono una manifestazione imponente e spontanea di stima e di cordoglio. Vi parteciparono tutti i bianchi della città, i notabili indigeni e la comunità indiana al completo.

Porsero l'estremo saluto alla salma, S. E. il Governatore, il Direttore di Sanità a nome del Corpo sanitario, il capo di Gabinetto pei funzionari.

È stata aperta una sottoscrizione fra i bianchi di tutta la Colonia, col ricavato della quale verrà costruito un nuovo padiglione ospedaliero che, per ricordare il Defunto, sarà chiamato Padiglione DE PERSIIS.

E. G.

A due mesi di distanza dalla morte del dottor De Persiis un nuovo lutto colpiva il Corpo sanitario della Somalia. Il capitano medico dottor LUIGI DOGLIA moriva il 27 luglio a Mogadiscio dopo breve malattia a soli 34 anni. Aveva partecipato alla grande guerra sempre in prima linea con un reparto di fanteria, disimpegnando la sua missione con abnegazione coraggiosa e lodevole. Era in Somalia dal dicembre del 1920, e si era cattivata subito la stima e la simpatia di quanti lo conobbero, per la serietà e la dignità dell'esercizio professionale, per la sua rettitudine, per la sua bontà.

La scomparsa sua, nel fiore della virilità, destò in tutti profonda, dolorosa impressione, e lo provarono gli imponenti funerali resi alla di lui salma, cui partecipò l'intera popolazione. Parlarono commossi il Governatore ed il capitano medico Reitano a nome dei colleghi.

A cura di questi verrà quanto prima posta una lapide nell'Ospedale De Martino di Mogadiscio per ricordare insieme al dott. Doglia gli altri due morti gloriosi del Corpo sanitario militare in Somalia, capitano medico Mancinelli e tenente medico Profeta.

E. G.

Lancet, 22 luglio. — H. BIRKETT. Sullo sviluppo della rinolaringologia al di là dell'Atlantico. — W. H. BATTLE. Appendicite cronica e dolori addominali ricorrenti. — J. S. JOLY. Ritenzione di urina nei vecchi. — W. SAMPSON HANDLEY. Trattamento della gangrena senile con l'iniezione periarteriosa di alcool.

Lancet, 29 luglio. — W. MACEWEN. Sulla chirurgia cerebrale. — M. PATERSON. Sudori notturni.

Riforma medica, 17 lugl. — C. RUBINO. Note anatomiche sulla parete toracica precordiale. — M. PAVONE. Pioterapia tubercolare.

Journ. Am. med. Assoc., 15 luglio. — E. C. FLEISCHNER. Linfodenopatia bronchiale non tub. — J. A. BUCHANAN. Applicazioni medico-legali dei gruppi sanguigni. — L. C. SCHROEDER. Etiologia e patologia della corea. — C. H. MAYO. Cause e terapia dell'ostruzione intestinale acuta. — W. W. HAMBURGER. Trattamento della fibrillazione auricolare con la chinidina.

Riv. crit. di clin. med., 15 giugno. — G. LONERO. Reazione cloroformica nel siero dei sifilitici.

Presse méd., 26 luglio. — C. LEVADITI. Il bismuto nella sifilide.

Münch. med. Woch., 14 luglio. — JAKSCH-WARTENHORST. Encefalite ed encefalopatia postgrippale. — SEIFFERT. Goccioline tossite ed infezione tubercolare. — PRIBRAM. Teoria della proteinoterapia parenterale.

Bull. de l'Acad. de méd., 18 luglio. — COURTOIS-SUFFIT e R. GIROUX. Come frenare l'estensione del traffico della cocaina.

Paris méd., 29 luglio. — VEYRIÈRES e JUMON. L'asma infantile e le dermatosi pruriginose. — HERVÉ. Questioni sul pneumotorace. — P. BLUM. Intossicazione di bismuto ed albuminuria.

Deut. med. Wochn., 21 luglio. — BICKEL. Fisiologia patologica dell'avitaminosi. — TESCHENDORF. Il quadro clinico della poliomielite ant. acuta. — KRONFELD. Terapia medicamentosa dei disturbi sessuali.

Rev. de Méd., n. 7. — J. PARISOT e P. SIMONIN. La vaccinoterapia con gli autovaccini. — H. GODLEWSKY. Le malattie a virus neurotropi.

Pathologica, 1° agosto. — G. GRAZIADEI e M. STANZANI. Dissenteria da Balantidium coli. — A. FONTANA. Colorazione dei microrganismi nei tessuti con i metodi di impregnazione argentica.

Clin. ostetrica, 31 luglio. — F. LA TORRE. Pelviotomia.

Rev. españ. de med. y cirurgia, luglio. — J. CALICÓ. Asma sifilitico. — A. ARTENGA. Terapia bromatologica.

ARCHIVI.

Il Policlinico, Sez. Medica, 1° sett. — G. MINGAZZINI. Le nuove ricerche anatomo-cliniche di S. Henschen sulle afasie. — C. TODDE. Contributo clinico e anatomo-patologico all'emiatrofia cerebro-cerebellare acquisita. — O. MARGARUCCI e A. GIANNELLI. La sfigmografia nell'esoftalmo pulsante. — G. ROASENDA. Nuovo processo di esame della sensibilità gustativa nelle paralisi facciali periferiche.

Il Policlinico, Sez. Chirurgica, 15 sett. — B. MASCI. Sarcomi multipli primitivi delle ossa. — G. BERTI. Sopra due nuove specie di miceti del corpo umano. — B. SCHIASSI. Gastro-ptosi-ectasia idiopatica e suo trattamento.

Arch. méd. belges, luglio. — M. GAROFEANO. Il cloruro di calcio nei versamenti tubercolari delle sierose. — M. DEVROGE. Diagnosi generale e localizzazione dell'infezione cronica delle vie genito-urinarie dell'uomo.

Indice alfabetico per materie.

Roma. 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 23 Ottobre 1922 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA CHIRURGICA DELLA UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. ROBERTO ALESSANDRI.

La terapia delle pieliti con urotropina e neosalvarsan, per iniezioni endovenose.

Dott. VINCENZO IURA, assistente.

Nota e confermata dalla lunga esperienza e dalle prove sperimentali l'azione antisettica dell'urotropina, fu vastissimo il suo impiego principalmente quale disinfettante delle vie urinarie, per il suo potere fortemente battericida, specie contro il *bacterium coli* e contro i batteri della fermentazione ammoniacale delle urine.

L'azione è devoluta al suo prodotto di scissione, alla formaldeide (Casper) rilevata nelle urine nelle prime ore dopo la somministrazione di urotropina, con metodi colorimetrici, anche quando questa è data per bocca.

Si è tentato successivamente di utilizzare tale sua azione battericida nelle infezioni generali acute, somministrandola per via endovenosa. Se ne ottennero risultati incerti e non sempre confortanti, anche quando essa fu impiegata per via endovenosa in casi similari. Tali tentativi ne autorizzano l'impiego anche nella terapia delle vie urinarie e la scuola del Casper in questi ultimi tempi nelle pieliti somministrò la urotropina per via endovenosa, con risultati non ancora noti.

Azione simile all'urotropina sulle vie urinarie pare abbia il neo-salvarsan per la presenza di formaldeide labilmente legata, la quale nelle urine di individui trattati con tale preparato si rivelerebbe con le sue reazioni colorimetriche specifiche.

Nel 1914 Abelin (1) studiò le urine di animali da esperimento e di uomini, ai quali somministrava neosalvarsan e salvarsan per via endovenosa del primo, endomuscolare del secondo. In grossi conigli, iniettando gr. 0.01 di neo-salvarsan, notò la comparsa nelle urine di formaldeide rilevabile nettamente con le note reazioni colorimetriche già dopo un'ora dalla iniezione restando in tal modo presente nelle urine per altre due ore e mezzo. Proseguendo le indagini notò che la fermentazione ammoniacale nelle urine di individui trattati con il neo-salvarsan, e prelevate nelle prime ore dalla somministrazione, era abbastanza ritardata sia a temperatura ambiente che in termostato a 37°. L'A., aggiungendo alle urine delle prime ore dalla iniezione di neosalvarsan altre urine in avanzata fermenta-

zione ammoniacale e portato il tutto in termostato a 37°, notava che le urine provenienti da individui trattati col neo-salvarsan e prelevate nelle prime ore, nonostante l'aggiunta di urina fermentata restavano chiare e mantenevano la primitiva reazione acida. Le prove colorimetriche per la ricerca della formaldeide nelle urine medesime davano reazione positiva già nel campione emesso dopo 15 minuti dalla iniezione di neosalvarsan, mantenendosi prima con intensità crescente e poi decrescente per parecchie ore dopo le iniezioni.

Da tali prove risulterebbe che l'azione disinfettante del neo-salvarsan è analoga a quella dell'urotropina per la presenza del gruppo formaldeide. Quanta altra azione disinfettante nelle urine di individui così trattati tocchi al fenolo, alla pirocatechina, all'idrochinone, prodotti di ossidazione di scissione del neosalvarsan non potrei dire, tenuto conto che Schultzen e Naunjn avrebbero rinvenuto in tali urine queste ultime sostanze, alle quali gli autori attribuiscono un potere disinfettante.

In questa Clinica fu durante il corrente anno scolastico praticato in ammalati di pielite degenti o curati ambulatoriamente un trattamento misto di urotropina e neo-salvarsan per via endovenosa.

In due di essi trattavasi di pieliti sopraggiunte quali complicanze di ipertrofia prostatica; in un terzo si trattava di pielite antica ed in atto bilaterale. Trattati con neo-salvarsan ed urotropina per via endovenosa, fu praticata sistematicamente la ricerca della formaldeide nelle urine emesse dopo la iniezione. Si usarono a tale scopo: *a*) il metodo della fluoroglucina (Forisseni) e della fenilidrazzina - ferro-cianuro di potassio - acido cloridrico (Schrjneer). Il secondo, molto più sensibile del primo, ha rilevato presenza di formaldeide nelle urine in un tempo variabile da ammalato ad ammalato e nel caso riportato al n. 3 con diversità di tempo e di intensità nelle urine dei due reni.

Ciò penso che possa stare in rapporto alla differenza di funzionalità renale tra gli ammalati da me trattati e tra i due reni dell'ammalato innanzi citato; in quest'ultimo le prove funzionali confermerebbero tale mia induzione.

STORIE CLINICHE.

CASO I. — L. F., anni 57, contadino. Modico bevitore. Da 7 anni minzione stentata, frequente a getto con scarso impulso e con gocciolio terminale; frequenti ritenzioni urinarie specie dopo eccessi di alcool, ed accentuatesi in questi ultimi due anni, durante i quali quasi ogni giorno si cateterizzava da sè con Nélaton. Tali pratiche, rese più difficili in questi ultimi tempi ed accompagnate a disturbi più intensi, lo costrinsero a ricoverarsi prima in un altro Ospedale ed il 22 febbraio 1922 in questa Clinica.

Esame obiettivo: 22 febbraio 1922. Limite superiore della vescica tre dita trasverse al disopra del pube; grossa prostata quanto un mandarino a superficie liscia di consistenza duro-elastica. Cateterismo vescicale facile con Nélaton n. 18 (lasciata in permanenza), si estraggono cent. cub. 500 di urina residua di cattivo odore, fortemente torbida; quantità giornaliera cmc. 1450; densità 1016; reazione acida; albumina presente; urea 14.091.

Sedimento: numerosissimi leucociti, cristalli di fosfati acidi, cellule vescicali; numerosissimi bacilli. *Azotemia* 0.56 ‰.

25-II-1922. Poliuria sperimentale: 1° campione cmc. 47, urea 10.245 ‰; 2° campione centim. c. 54, urea 6.405 ‰; 3° campione cmc. 75, urea 6.405 ‰; 4° campione cmc. 86, urea 6.405 per mille.

7-III-1922. Azotemia 0.35 ‰; urina totale cmc. 2150; urea 13.656 ‰.

9-III-1922. Epicistotomia soprapubica.

30-III-1922. Asportazione digitale della prostata per via trans-vescicale. Decorso post-operatorio regolare fino al 20 aprile 1922. Da tale giorno graduale elevazione termica serale con curva oscillante tra 38 e 39.5.

Le urine sono diventate fortemente torbide, pur mantenendosi per quantità nelle condizioni dei giorni precedenti.

L'esame del sedimento dà: abbondantissimi leucociti, cellule vescicali; l'esame batterioscopico numerosi bacilli e cocchi. Il 9 maggio, persistendo tali condizioni, l'ammalato avverte leggero dolore alla regione renale destra, sia spontaneamente che con la pressione. Dal 12 maggio si inizia una serie di iniezioni endovenose di neo-salvarsan, una ogni settimana, in dosi 0.09-0.15-0.30 e di urotropina a giorni alterni, in dosi crescenti da 0.40 a 0.60-0.90. Il 21 maggio le elevazioni termiche serali scompaiono. Si continua il trattamento misto di neo-salvarsan e di urotropina fino al 20 giugno. La ricerca della formaldeide nelle urine delle prime ore dalle iniezione praticata col metodo di Forisseni e di Schrjnner riesciva costantemente positiva dopo un'ora e mezza, mantenendo il massimo di intensità tra la terza e la quinta ora, scomparendo in ottava ora dalla iniezione.

14 maggio. Azotemia 0.56 ‰; urina centim. c. 1200 più X; albumina abbondantissima; urea 11.222 ‰; sedimento abbondantissimo; numerosissimi leucociti, cellule vescicali, numerosi germi.

2 giugno. Azotemia 0.24 ‰; urina cmc. 1550 più X; albumina scarsa; urea 14.121 ‰; sedimento scarso: rari leucociti, cellule vescicali. Assenti germi; cristalli di urato acido.

30 giugno. Chiusa la ferita soprapubica, condizioni generali buone. Urina leggerissimamente torbida; rari corpuscoli di pus, qualche cellula vescicale.

CASO II. — G. G., anni 64, contadino, ammogliato. Modico bevitore e fumatore. Da 4

anni minzione stentata specie al principio, dal getto a volte interrotto, con scarso impulso con gocciolio terminale; in questi ultimi tempi accentuazione di tali disturbi. Mai ritenzione acuta.

Ingresso in Clinica il 20 dicembre 1921. Condizioni generali discrete; lingua arida e patinosa. Prostata quanto un uovo di pollo con maggiore asse antero-posteriore, duro fibrosa; con Nélaton n. 20 si ricavano cmc. 500 di' urina residua. Esame delle urine: nelle 24 ore cmc. 1450; reazione acida; densità 1021; urea 17.121 ‰; albumina presente 1 ‰. Sedimento: abbondanti corpuscoli di pus, cellule vescicali; bacilli Gram negativi. Azotemia 0.60 per mille. Poliuria sperimentale:

1° campione cmc.	50	Urea	11.121 ‰
2° » »	60	»	9.426 ‰
3° » »	70	»	9.426 ‰
4° » »	75	»	9.426 ‰

Pressione al Riva-Rocci 120. Pressione al Pachon: massimo 160, minimo 90.

9-I-1922. Azotemia 0.38 ‰; urina delle 24 ore cmc. 1900; urea 11.121 ‰; rene s. dolente; punto costo lombare ed ureterico sup. a s. dolenti.

12-I-1922. *Epicistotomia soprapubica.*

Dopo una lieve decrescenza della curva termica si ha una ascesa, che permane tra i 38° e 39° alla sera, mentre al mattino rimette.

14-II-1922. Azotemia 0.40 ‰; urina delle 24 ore cmc. 1250 più X; urea 17.124 ‰. Sedimento urinario: abbondantissimi leucociti, cellule vescicali, qualche cellula della pelvi, numerosi germi (cocchi e bacilli). Accentuati i punti dolorosi della loggia renale sinistra. Lieve dolore alla pressione del rene destro.

Temperature serali persistenti tra 38° e 39°. Dal 22 febbraio 1922 iniezioni endovenose di neo-salvarsan settimanalmente 0.09; 0.15; 0.30; 0.40 e a giorni alterni di urotropina in dosi crescenti 0.40; 0.60; 0.90 fino al 18 marzo 1922. Dal 6 marzo 1922 *scomparsa delle elevazioni termiche.*

29-III-922. Azotemia 0.32 ‰; urine delle 24 ore 2000 cc.; urea 12.054 ‰; scarso sedimento nel quale non si notano germi.

1-IV-922. Prostatectomia digitale trans-vescicale. Condizioni generali buone fino all'11 maggio 1922, quando essendo la ferita soprapubica già quasi chiusa tanto che la siringa era tolta; da tre giorni si nota una leggera elevazione termica serale la quale va man mano aumentando ogni giorno fino a mettersi su una costante 38°.5-39°. Il 19 maggio 1922, dolore alla regione renale sinistra specie alla palpazione: azotemia 0.56 ‰; urina cmc. 1180; urea 9.129 ‰; sedimento abbondantissimo, con corpuscoli di pus, cellule vescicali e numerosissimi cocchi e bacilli. Si riprendono le iniezioni di urotropina e neo-salvarsan come innanzi a giorni alterni e rispettivamente per settimana, fino al 2 giugno. Le urine sono ritornate limpide, non vi è sedimento che in traccie minime costituite da corpuscoli di pus, cellule vescicali, assenti i germi. Azotemia 0.30 ‰; urine delle 24 ore 1120 cmc.: urea 12.322 ‰. Il 20 giugno 1922 la ferita soprapubica è chiusa, e l'ammalato è dimesso guarito il 29 giugno 1922.

Eliminazione della formaldeide rilevata con i soliti metodi colorimetri due ore e mezzo dopo le iniezioni endovenose, non essendo più rilevabile alla 10ª ora.

CASO III. — M. U., anni 50. Da 4 anni circa pionefrosi chiusa a destra, pielite a s. Ricoverato il 26 giugno 1921 in Clinica ed operato di pielotomia a destra, ne residua una fistola urinaria tuttora in atto. Pielografia a destra rivela l'uretere di destra ostruito e deviato, mentre a sinistra vi è una grossa sacca la quale con un fondo piuttosto ampio non è sufficientemente drenata dall'imbocco dell'uretere, sito in alto e in avanti. Si pratica il 29 settembre 1921 pieloureterostomia sinistra in punto più declive. Più regolare emissione di urina fortemente purulenta dal rene di sinistra attraverso l'uretra, però periodicamente dolori al fianco sinistro, febbre; urine più torbide dal rene sinistro con bacilli in discreto numero.

13-V-1922. Rene destro: quantità cmc. 2000; rene sinistro: cmc. 500. Densità: rene destro cmc. 1014; rene sinistro: cmc. 1009. Albumina: rene destro: abbondante 1 ‰; rene sinistro: abbondantissima 2 ‰. Urea: rene destro 9.907 ‰; rene sinistro: 7.689 ‰. Sedimento: rene destro: abbondantissimo; rene sinistro: id. Germi: rene destro: abbondanti; rene sinistro: id. Cromocistoscopia: rene destro: 30 minuti; rene sinistro: 40 minuti.

Dal 16 maggio 1922 si inizia un trattamento di urotropina per via endovenosa a giorni alterni con dosi crescenti: 0.40, 0.60, 0.90 intercalate da iniezioni settimanali di neosalvarsan: 0.09, 0.15, 0.30, 0.40, fino al 14 giugno 1922, quando l'ammalato esce notevolmente migliorato. Le temperature in questo ultimo periodo durante il trattamento in parola sono tornate al normale.

14-VI-1922. Rene destro: Urine quantità: cmc. 2100; rene sinistro: cmc. 600. Densità: rene destro cmc. 1014; rene sinistro cmc. 1009. Albumina: rene destro: traccie; rene sinistro: traccie. Urea: rene destro: 11.121 ‰; rene sinistro: 9.907 ‰. Sedimento: rene destro: scarso pochi germi; rene sinistro: scarso senza germi.

La formaldeide con i soliti metodi colorimetrici fu presente nel rene destro 2 ore dopo la iniezione, nel rene sinistro 3 ore dopo la reazione medesima mantenendosi presente a destra fino all'8ª ora, a sinistra fino alla 10ª.

Altro gruppo di ammalati che seguono furono curati e seguiti nell'ambulatorio per le malattie delle vie urinarie di questa Clinica, dal prof. Bonanome e dott. Cassuto. In essi non fu possibile fare la ricerca della formaldeide eliminata dopo le iniezioni, nè altre ricerche sul sangue e sulle urine.

CASO IV. — A. F., a. 28, donna. 22 dicembre 1921. Pielonefrite sinistra (rene grosso palpabile). Cistoscopia: cateterismo degli ureteri, vescica con capacità ridotta, cistite della pars triconalis. Beante il meato ureterale sinistro.

Urine a sinistra: Albumina presente; Sedimento, emazie, leucociti, germi numerosi. Urine a destra: Cellule epiteliali.

Cromocistoscopia: Indaco carminio: rene destro 15'; rene sinistro 40'. Fluorizina: rene destro 18'; rene sinistro 30. Lavaggi vescicali. Protargolo 1 su due mila, a giorni alterni, 15 iniezioni di urotropina da 0.40 a 0.90, 4 di neo-salvarsan 0.8 settimanalmente fino a 0.25.

Cateterismo ureterale 28 gennaio 1922. Urina, albumina: rene sinistro: traccie; rene destro: assente. Sedimento: rene sinistro: qualche leucocito. Cromocistoscopia: rene sinistro: 17' presente; rene destro: guarigione.

CASO V. — L. R., a. 30, donna. 15 gennaio 1922. Ha partorito da 3 mesi. Pielocistite post-gravidica. Pielite a sinistra. Febbricitante. Cistoscopia. Cateterismo uretere:

Rene sinistro: albumina presente; sedimento pus abbondante e germi; capacità vescicale ridotta, grave cistite, edema del collo; beante il meato ureterale sinistro; tre iniezioni neo-salvarsan 0.15, 0.30; 15 iniezioni urotropina 0.60, 0.90.

14-II-1922. Cistoscopia; cistite grandemente migliorata, meati ureterici normali.

CASO VI. — L. G., a. 25, donna. 25 aprile 1922. Cistopielite destra. Cistoscopia: capacità vescicale ridotta, mucosa alterata. Cistite del trigono, meati arrossati, tumefatto il destro dal quale fuoriesce una nubecola.

Cateterismo. Albumina: rene sinistro assente; rene destro presente. Sedimento: rene sinistro assente; rene destro pus e bacilli.

Lavaggi vescicali al nitrato d'argento 1-2%; 4 iniezioni di neo-salvarsan 0.10, 0.30; Urotropina 14 iniezioni 0.60.

CASO VII. — V. M., a. 42, donna incinta, di 7 mesi; febbre, dolori a destra lungo l'uretere e sulla regione renale. Pielocistite in gravidanza. Cistoscopia: cistite del trigomo ed edema del collo.

Urine: albumina presente; sedimento: pus, emazie, batteri.

Iniezioni endovenose; urotropina 0.40, 0.60, 0.90.

18 giugno 1922. Lavaggi protargolo 1 per 2 mila.

Scompare ogni segno di cistite, urine limpide; assente pus.

Come si può rilevare dalle storie cliniche innanzi riportate, l'azione dell'urotropina e del neo-salvarsan somministrati per via endovenosa, rispose perfettamente nella terapia delle pieliti. Degno di nota è il caso clinico riportato al n. 2: in esso il trattamento innanzi citato servì di preparazione al secondo tempo della prostatectomia, la quale non si sarebbe potuta compiere se non fossero state allontanate le condizioni di infezione urinaria preesistenti.

Vantaggioso quindi riterrei pure l'uso dell'urotropina e del neo-salvarsan, oltre che ai fini terapeutici nei casi di pielite, anche a scopo preparatorio di interventi chirurgici nelle vie urinarie già infette.

BIBLIOGRAFIA.

ABELIN. *Sul comportamento del neo-salvarsan e salvarsan nell'organismo.* Archiv für Exper Path. u. Pharm., 1914.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SANTA MARIA DEI BATTUTI
SAN VITO AL TAGLIAMENTO.
Sezione Medica.
Dott. GIUSEPPE DI SALVO.

Su di un glioma cervicale a rapidissimo decorso, simulante una mielite acuta.

Dott. ARRIGO LINASSI.

Maniago Umberto, anni 13, meccanico, da Arzene (Udine). Entra in reparto il 24 novembre 1921.

Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi remota.

Circa il 15 novembre, fu colto da un accesso febbrile, durato poco più di 24 ore. Qualche giorno dopo accusò improvvisamente un senso di «debolezza» al braccio destro, che andò sempre aumentando, tantochè in poco tempo l'arto divenne gravemente paretico. Il 19 novembre il P. notò di non essere più capace di sostenere diritto il capo; disturbo, la cui intensità andò rapidamente crescendo. Il 21 accusò debolezza alle gambe e si stabilì rapidamente una paraparesi. Nello stesso tempo cominciò a respirare con difficoltà e non poteva espettorare che con grande pena. Il 23 novembre comparve una debolezza al braccio sinistro, non molto grave.

Quasi contemporaneamente fecero la loro comparsa i disturbi vescicali: l'urina usciva spontaneamente, ad intervalli di 2-3 ore, senza che il P. potesse trattenerla. Anche la defecazione si fece stentata.

Qualche volta ha avuto vomito. Non ebbe mai cefalea, non vertigini, nè sonnolenza: non ha mai accusato, e non accusa presentemente, dolori in nessuna parte del corpo, nè in riposo, nè nei movimenti; non ha mai notato sintomi d'irritazione motoria.

Interrogato insistentemente, esclude che possa pensarsi a qualche causa della sua malattia, tranne l'accesso febbrile già ricordato: non ha avuto alcun traumatismo, neppure lieve.

Status al 1° dicembre 1921. — Riassumo brevissimamente le note patologiche riscontrate nei varî organi ed apparati.

All'emitorace destro, rantoli a grosse bolle, murmure vescicolare abolito; suono di percussione ridotto. A sinistra pochi rantoli, umidi, murmure v. forte; suono timpanico alla percussione.

Esame delle urine negativo.

Temperatura 36°.7. Cutireazione negativa. Nessun dato di *lues*.

Sistema nervoso. Motilità.

Tutti i nervi cranici sono integri. Non disartrie, non disfagie. Il trofismo della faccia è normale.

Collo. — All'ispezione si nota: a sinistra, normale sviluppo e sporgenza delle masse muscolari. A destra invece è scomparsa la carat-

teristica sporgenza dello splenio, molto ridotta quella dello sterno-cleidomastoideo, di cui si vede un po' teso solo il tendine della porzione sternale. Invitando il P. a reclinare indietro la testa, manca la contrazione dello st. cl. mast. di destra e si vede contrarsi validamente, d'ambo i lati, il pellicciaio. Il P. non riesce a portare la testa direttamente indietro, perchè nel tentativo essa si inclina a sinistra e ruota verso destra: difficilmente pure inclina il capo a D e lo flette in avanti. In tutti questi movimenti, la testa ciondola qua e là e il P. ben presto si accascia sfinito.

Arti superiori e tronco. — Spalla destra abbassata: nella respirazione resta immobile, come l'emitorace destro: la respirazione è fatta quasi esclusivamente dal sinistro. Nell'inspirazione la parete addominale, coll'ombelico, è tratta in alto e a sinistra e l'epigastrio s'infossa, specie a D. Invitando il P. supino a mettersi a sedere, si vede contrarsi validamente il grande retto di sinistra, mentre non si contrae quello di destra.

L'arto superiore destro ha trofismo normale. La resistenza ai movimenti passivi è lievemente aumentata alla spalla, fortemente al gomito: al polso invece è molto diminuita, tanto da aversi la mano ciondolante.

I movimenti passivi sono possibili e completi in tutti i segmenti. Molto limitati sono invece gli attivi, senza speciale differenza fra i segmenti distali e prossimali dell'arto. Non si hanno posizioni od attitudini speciali.

Nell'arto superiore sinistro i movimenti passivi offrono scarsa resistenza: gli attivi sono tutti possibili e completi, ma si nota rapidissima esauribiltà muscolare.

Arti inferiori. — Normale il trofismo: non posizioni o attitudini speciali. A destra i movimenti passivi offrono resistenza molto superiore alla norma: gli attivi sono tutti incompleti. A sinistra resistenza aumentata ai movimenti passivi; gli attivi sono tutti possibili e completi, ma la forza muscolare si esaurisce molto rapidamente.

Riflessi. — Pupille midriatiche: S>D; reagiscono prontamente alla luce e all'accomodazione. Hyppus.

I riflessi tendinei ed osteo-periostei degli arti superiori sono pronti e vivaci bilateralmente: un po' più a D.

Addominali e cremasterici assenti.

Rotulei vivacissimi e pronti; un po' più a D, dove si provoca un clono della rotula, regolare e persistente. Adduttori pronti bilateralmente; a destra si ottiene anche il controlaterale.

Achillei vivacissimi bilateralmente: sia a D. che a S. si provoca clono del piede, regolare e persistente.

Sfregando col manico del martello lungo il margine esterno del piede, si provoca a D. lenta estensione dell'alluce e il fenomeno del ventaglio.

Riflessi corneali presenti; faringeo torpido.

Sensibilità. — La sensibilità, in tutte le sue forme, è normale al capo e alla faccia, fino ad una linea, che segue il margine inferiore della mandibola e si prolunga indietro, passando a due dita trasverse sotto il lobulo dell'orecchio, fino al tubercolo dell'atlante. Nella zona sottostante a questa linea, l'anestesia è assoluta, per tutte le forme di sensibilità, a destra. A sinistra talvolta stimoli fortissimi sono percepiti.

Tale zona di anestesia si prolunga in basso fino al manubrio dello sterno, alle clavicole e all'acromion e indietro passa a livello dell'apofisi spinosa della 5ª vertebra cervicale.

Al di sotto di questa ben delimitata zona di anestesia, si notano altri disturbi della sensibilità. Le sensazioni tattili sono percepite bilateralmente, ma meglio a S. Le sensazioni termiche sono meglio avvertite a D. che a S., dove spesso sono qualificate come semplice toccamento; oppure il P. chiama freddo il caldo e viceversa, oppure sempre freddo o sempre caldo. Anche le sensazioni dolorifiche sono meglio percepite a D.

A sinistra sono qualificate spesso come toccamenti.

Conservato il senso di localizzazione delle sensazioni, la sensibilità profonda e il senso stereognostico. Non dolori spontanei. Indolente la compressione dei nervi periferici, la cranio-percussione, la compressione sulle docce vertebrali e sulle apofisi spinose. Sensi specifici integri.

L'andatura è paretico-spastica, ma il P. non si regge in piedi e dev'essere sostenuto: in tale posizione la sua persona è animata da rapide scosse, comunicate dal clono dei piedi, che è violentissimo. Non v'è atassia statica o dinamica, nei segmenti, in cui la ricerca può essere eseguita. Non adiadococinesi, non dismetrie, nè asinergia.

Stipsi ostinata. Vuotamento automatico periodico della vescica.

Psiche integra.

Esame del liquor. — Pressione normale. Limpido; non reticolo, non sangue. Scarsissimi linfociti (1-2 per campo). La reazione di Boveri dà colorazione gialla dopo circa 7 minuti.

Status al 6 dicembre 1921. — Le paresi si sono aggravate anche a S. ed hanno perduto il carattere di spasticità: la resistenza ai movimenti passivi è in tutti i segmenti diminuita; i riflessi profondi sono presenti, ma deboli, i cloni sono scomparsi.

Persiste anestesia al collo. Non si rileva più emipoestesia termica e dolorifica, ma i disordini sensitivi si dispongono in modo del tutto irregolare e incostante.

Durante le sua degenza in reparto il P. si mantenne sempre apiretico. Non vi furono mai segni di irritazione sensitiva e motoria: di tanto in tanto comparve il vomito. L'aggravarsi del malato fu gradualmente progressivo, non mai interrotto da episodî tumultuari.

8 dicembre 1921. — *Obitus* per lenta asfissia.

Autopsia. — Tralascio quanto si riferisce ai vari organi ed apparati e riferisco solo il reperto midollare.

Nessuna alterazione delle vertebre: dura madre normale, così pure il liquor. In corrispondenza dei primi quattro segmenti cervicali il midollo appare congesto e aumentato di volume. In tal punto la sua consistenza è assai diminuita, tanto che il dito vi si infossa facilmente. Alla sezione della parte rammollita si nota il midollo trasformato in una poltiglia

semifluida, in cui, su una superficie omogeneamente rossastra, spiccano qua e là pochi fascetti bianchi di fibre nervose.

Macroscopicamente quindi si avevano i caratteri di un rammollimento del midollo e si poteva ritenere trattarsi piuttosto di un focolaio emorragico (ematomielia) o infiammatorio-emorragico (mielite emorragica), che di un tumore.

L'esame istologico fu fatto su varie sezioni e con colorazioni diverse

Uno sguardo d'insieme, a piccolo ingrandimento, di una sezione trasversa, rivela la presenza di numerosissime cellule, a nucleo piuttosto piccolo, con scarso protoplasma, molto ricco però di prolungamenti, che si diffondono intorno ai corpi cellulari e formano una specie di reticolo, quasi un feltro di fibrille, che tendono ad anastomizzarsi fra loro.

In alcuni punti le cellule sono stipate e quasi sovrapposte una all'altra, in altri più diradate.

Fra esse e nel reticolo circostante è diffusa una enorme quantità di globuli rossi sanguigni, che dànno un aspetto quasi omogeneo al fondo. In alcuni punti formano degli ammassi ed occupano quasi da soli il campo microscopico, osservandosi solo qua e là qualche rara cellula.

Il tessuto appare in molti tratti disgregato da stravasi sanguigni, che si sono aperti la via, comprimendo lateralmente la trama nevroglica.

Il sangue, diffuso nella compagine dei tessuti e intorno, deriva evidentemente da vasi sanguigni, che si vedono numerosi, quasi in ogni campo microscopico. In qualche punto sono scarsi e la trama cellulo-fibrillare resta ancora ben conservata: in altri invece questa è solcata da numerose sezioni di capillari, che appaiono ingorgati di sangue e per lo più fortemente dilatati. Alcuni raggiungono anzi un calibro assai notevole, e dove un certo numero se ne raggruppa, si ha quasi il quadro di un tessuto cavernoso. Parecchi vasi sono deformati e in un tratto della loro periferia appaiono scontinuati. Tutti sono circondati da piccoli ammassi di globuli sanguigni stravasati.

Il numero dei capillari che si rileva, specie in alcune sezioni, è talmente superiore a quello che si riscontra nel midollo normale, che si comprende subito trattarsi in buona parte di vasi neoformati, specie dove essi si presentano raggruppati, a formare dei ciuffi vascolari.

Così pure le cellule nevrogliche, coi caratteri già descritti, sono di gran lunga più numerose che nella trama nervosa normale, per cui si deve ritenere trattarsi di una neoformazione gliare patologica.

Le cellule nervose si vedono in alcuni punti ancora ben conservate, con nucleo e nucleolo normali; benchè più rade, quasi disperse e circondate dall'ammasso gliare.

In altri tratti subiscono la sorte di tutto il rimanente tessuto, cioè sono disgregate e distrutte dalle numerose piccole emorragie diffuse.

In qualche punto, dal tessuto gliare neoformato, si passa gradatamente a quello normale, senza limiti precisi.

Si trattava dunque di un nucleo di tessuto neoplastico, che aveva invaso, infiltrandola, la sostanza nervosa, senza però lederne grossolanamente la compagine.

Esso era ricchissimo di vasi neoformati, traboccanti di sangue e dilatati, tanto da offrire in alcuni punti, come ho già detto, il quadro microscopico di un tessuto cavernoso.

Da questi vasi si erano determinate infinite piccole emorragie, che avevano scompaginato e in parte distrutto la trama tessurale.

Il quadro microscopico era dunque quello di un glioma del midollo, ricchissimo di cellule, più che di fibre (glioma midollare) e ricchissimo pure di vasi fortemente dilatati (glioma telangectasico, glioma cavernoso) (1).

Riassumendo, dopo un accesso febbrile di breve durata, il P. presentò una sindrome nervosa, ad inizio acuto e rapido decorso, che può essere così schematizzata: Nervi cranici integri; anestesia assoluta al collo; atrofia grave dei muscoli della nuca e della regione antero-laterale del collo, a destra. Doppia emiparesi, molto grave a destra, lieve a sinistra.

Paralisi del diaframma. Emiipoestesia termica e dolorifica a S. Disturbi degli sfinteri.

Si può riconoscere, benchè non pura, la sindrome di Brown-Séquard, dovuta al prevalere, almeno in primo tempo, della lesione nella metà destra del midollo. È notevole che, contemporaneamente all'emiipoestesia termica e dolorifica sinistra, si aveva emiipoafia destra. Da ciò tuttavia è impossiblie, e non è mia intenzione, trarre conclusioni d'indole generale, data la irregolare diffusione del processo morboso.

Un altro fatto notevole è l'assoluta e ben delimitata anestesia del collo, a distribuzione non corrispondente ai territori dei nervi periferici, ma a tipo schiettamente segmentario; e l'atrofia grave, rapidissima, dei muscoli della metà destra del collo. Insolito è lo stabilirsi di atrofie muscolari dovute, come nel nostro caso, a lesione delle corna anteriori, senza che preceda il minimo sintoma d'irritazione motoria nei territori muscolari lesi.

Altro punto interessante è la trasformazione delle paresi spastiche in flaccide, con scomparsa dei cloni, diminuzione notevolissima dei riflessi profondi, man mano che la lesione, spostandosi verso sinistra, tendeva a produrre una interruzione totale del midollo: ciò che conferma osservazioni già note.

Ma è mia intenzione, esponendo questo caso, di fare solo brevi osservazioni d'indole strettamente clinica e pratica.

---

(1) La diagnosi di glioma ebbe l'autorevole controllo del prof. Jona di Venezia, che vivamente ringrazio.

Nel nostro malato la diagnosi di sede non offriva difficoltà. L'integrità dei nervi cranici, l'anestesia e le paralisi flaccide con atrofia muscolare al collo, la tetraparesi spastica, la compartecipazione del diaframma, i disordini sensitivi e sfinterici, parlavano chiaramente per una lesione dei primi segmenti cervicali, dal primo al quarto. La diagnosi di altezza era quindi ovvia: quella di larghezza abbastanza sicura. Infatti la costante mancanza di sintomi radicolari, di ogni segno, anche minimo d'irritazione, sensitiva o motoria, nei territori lesi, di dolori in corrispondenza della regione cervicale, sia spontanei che provocati, il reperto normale del liquor, inducevano a pensare, con sufficiente sicurezza, ad un processo morboso intramidollare. Di che natura esso fosse, era un problema che offriva notevoli difficoltà.

Non mi fermo a discutere la diagnosi differenziale con malattie, che potrebbero avere solo analogie grossolane col nostro caso: sclerosi a piastre, poliomielite anteriore acuta, meningite sierosa circoscritta, ecc.

La carie delle vertebre era da escludersi per la anamnesi, il reperto locale, la cutireazione negativi: inoltre per il decorso e i caratteri del quadro morboso.

Non si poteva pensare ad ematomielia, in primo luogo, per la mancanza di ogni momento etiologico pregresso (traumi, sforzi gravi, diatesi emorragiche), poi per l'inizio non tumultuario e il decorso regolarmente e gradualmente progressivo.

Il rammollimento da alterazione vasale non aveva fondamento di probabilità, data l'età del P. e l'assenza di ogni segno di *lues*.

L'ascesso del midollo non era verisimile, per la mancanza di suppurazioni in altre parti del corpo, il decorso apiretico, la non compartecipazione delle meningi e del liquor.

I tumori in generale parevano doversi escludere, per l'inizio acuto e il rapido decorso: per queste ragioni e per l'esame generale e l'età del P., non si poteva poi pensare al cisticerco, al sarcoma, al carcinoma, all'esostosi, al neuroma o al rarissimo lipoma intramidollare. Contro il tubercolo poi parlavano l'anamnesi e la cutireazione negative e l'esame pure negativo per la tubercolosi, sia dei visceri, che delle glandole: inoltre il decorso.

Il glioma veramente s'imponeva all'attenzione, per la facilità con cui, in tali tumori, avvengono degenerazioni, rammollimenti ed emorragie, che possono dare rapidi ed anche improvvisi aggravamenti. Però in tali casi il decorso suole essere sempre abbastanza lungo, se pure aggravato da episodi acuti, che imprimono al quadro morboso un andamento irregolare, con varie alternative.

Invece l'anamnesi ci parlava di un accesso febbrile di breve durata, ma abbastanza forte, sorto in assenza di ogni sintoma nervoso, e del rapido insorgere di sintomi midollari poco tempo dopo. Si era quindi tratti a pensare ad un processo infiammatorio del midollo. È vero che il decorso fu in seguito apiretico, ma tale evenienza può verificarsi, benchè sia eccezionale. Nel quadro morboso poi non vi era sintoma, che non potesse essere attribuito alla mielite.

Sul principio veramente restammo in dubbio, di fronte alla sindrome di Brown-Séquard. Essa non suole presentarsi nelle mieliti, in cui è raro che il midolo sia colpito in una sola metà della sua sezione trasversa. Ma la sindrome non fu mai pura, benchè facilmente riconoscibile, e dopo pochi giorni fu travolta e distrutta dall'evidente estendersi della lesione verso sinistra. L'inizio poi fu acuto, ma non tumultuario, il decorso fu rapido, ma regolarmente e gradualmente progressivo, e tutto il quadro morboso si svolse, dall'inizio dei sintomi midollari fino alla morte, in tre settimane.

Tutte queste considerazioni ci facevano ritenere che il nostro infermo fosse affetto da mielite acuta, benchè rimanesse sempre qualche incertezza. Il liquor normale, la mancanza di sintomi di irritazione motoria e sensitiva, la sede, insolita per la mielite, più propria invece dei gliomi, il decorso apiretico. Tuttavia è certo che si procedette all'autopsia, nella presunzione di trovarsi di fronte ad un focolaio infiammatorio.

Volendo spiegare, in base al reperto anatomo-patologico, l'insolito decorso del male, dobbiamo pensare che il tessuto neoplastico si sia sviluppato lentamente, in seno al midollo, infiltrandosi nella trama nervosa e gliare normale, pur senza scompaginarla e lederla gravemente.

Ciò è dimostrato dall'esame di alcuni punti delle sezioni, in cui si aveva un quadro di passaggio fra il tessuto normale e quello patologico, e dall'aver riscontrato, anche in seno alla neoproduzione gliare abnorme, cellule nervose di aspetto normale.

Questo spiega come il tumore sia potuto esistere, certo per lungo tempo, e crescere tanto da invadere i primi quattro segmenti cervicali, senza che il paziente accusasse il minimo disturbo.

Del quadro clinico, da noi riscontrato, che in così breve tempo si chiuse colla morte del ragazzo, dobbiamo ritenere colpevoli le nume-

rosissime emorragie, riscontrate nella compagine del tumore e tutt'intorno, emorragie di piccola entità, che infiltravano il tessuto.

Mancava invece il reperto di una qualche emorragia più cospicua, che non avrebbe mancato di dare delle crisi apoplettiformi, cosa frequente nei gliomi, specie in quelli, come il nostro, ricchi di vasi neoformati.

Invece il ripetersi di piccole e numerose emorragie, nel breve spazio di tre settimane, conferì al caso nostro un andamento e un aspetto clinico, certamente insolito ai gliomi midollari e proprio piuttosto di un processo infiammatorio acuto, come la mielite, resa ancora più verosimile dalla strana coincidenza di un accesso febbrile iniziale.

Oltre che per il reperto, certo non frequente, di un glioma midollare, ho creduto che il caso meritasse di essere conosciuto per le particolarità del decorso, che resero difficile al medico il giudizio diagnostico e che ci impongono di pensare al glioma, anche in presenza di sindromi midollari ad inizio acuto ed a rapido, graduale decorso.

San Vito al Tagliamento, marzo 1922.

RIVISTE SINTETICHE.

La coagulazione del sangue. Le sindromi emorragiche.

Dott. M. GHIRON.

Nello sudio della coagulazione gli sperimentatori si sono sforzati di isolare gli elementi del sangue che prendono parte al processo, per discernere la parte di ciascuno. Il primo passo per questo studio è di ritardare la coagulazione.

Il plasma racchiude fra le numerose sue specie di albumine una detta fibrinogeno (la cui parte nella coagulazione è passiva); essa viene trasformata in fibrina da elementi costitutivi del sangue.

La coagulazione comincia quando il sangue si trova a contatto con pareti che non hanno la levigatezza delle pareti vasali.

Arthus ha fatto notare che è necessaria la presenza dell'jone *Ca* perchè avvenga la coagulazione. L'ossalato di soda impedisce la coagulazione perchè sottrae il *Ca* che precipita come ossalato di calcio. Il sangue così reso incoagulabile e centrifugato, dà un deposito di tre strati distinti, gloguli rossi, leucociti, piastrine. Con lavaggi e centrifugazioni successive si separano questi tre elementi in modo praticamente sufficiente.

Si è visto che le piastrine hanno la massima importanza nel determinare la coagulazione del plasma, minore l'importanza dei leucociti, trascurabile quella dei globuli rossi.

Bordet ha chiamato *citozima* la sostanza proveniente da questi elementi e ha dimostrato che per i suoi caratteri di solubilità assomiglia ai lipoidi.

Il plasma, oltre al fibrinogeno, racchiude un'altra albumina indispensabile per il processo di coagulazione.

Infatti se facciamo agire gli elementi figurati del sangue sul solo fibrinogeno la coagulazione non avviene. Vi dobbiamo aggiungere anche del plasma il quale agisce per una sostanza non bene individualizzata e che Bordet chiama *serozima.*

Il serozima e il citozima in presenza dell'*jone Ca* trasformano il fibrinogeno in fibrina.

Il sierozima e il citozima in presenza del Ca, sembra costituiscano un corpo a sè il quale è capace in secondo tempo di produrre la coagulazione in un sangue privo di Ca. A questo corpo nato dall'unione del sierozima e citozima è stato dato il nome di *Trombina*, fermento che solidifica una sostanza disciolta.

Oltre alle proprietà insite nel sangue, per coagulare devono essere prese in esame le proprietà dei tessuti per favorire la coagulazione, per renderla *rapida* e completa.

Morawitz ha chiamato *Trombokinasi* la sostanza estratta dai tessuti e determinante la coagulazione, a somiglianza della kinasi (estratto della mucosa duodenale) che trasforma la protriplina inattiva in triplina attiva, la trombokinasi rende attiva una protronbina inattiva, debolmente attiva.

D'altra parte esistono sostanze che ostacolano la coagulazione; per es. il peptone che per sè favorisce la coagulazione, iniettato nelle vene, fa perdere al sangue la sua coagulabilità. Si ritiene che sopratutto il fegato reagisca producendo un'*antitrombina;* si tratterebbe di un'azione regolatrice delle proprietà coagulanti del sangue devoluto sopratutto al fegato.

Oltre alle azioni indicate, altre agiscono sulla coagulazione: la temperatura; la concentrazione salina (una concentrazione elevata può impedire, una debole concentrazione favorire), ecc.

Il Bordet ha voluto riassumere con formule, la teoria della coagulazione:

Il citozima (piastrine) e sierozima (plasma) dànno in presenza di Ca *Trombina* (fermento coagulante).

Il fibrinogeno si rapprende in fibrina in presenza di trombina senza azione del Ca. Il contatto di un corpo estraneo determina l'adesione delle piastrine e la fuoriuscita del citozima.

Per il Nolf il concetto di coagulazione sarebbe diverso.

Egli pensa ad un mutamento di stato fisico, di aggruppamento, ad una flocculazione, degli elementi abitualmente in equilibrio sul plasma. Rompendo l'equilibrio si precipitano in un complesso costituito da: fibrinogeno trombogene, trombozima = a fibrina.

Come si vede è questa una teoria fisico-chimica, non puramente chimica come quella formulata da Bordet.

Determinazione della coagulazione del sangue.

È una determinazione poco in uso che può rendere talora buoni servigi.

Si deve prendere in considerazione: la proprietà di coagulare in vitro, e la proprietà di coagulazione *in situ* (a livello della ferita).

I momenti principali della coagulazione sono:

a) il tempo di coagulazione in vitro;

b) la qualità del coagulo;

c) il tempo di coagulazione sulla ferita;

d) la fragilità dei capillari;

e) la numerazione delle piastrine e dei leucociti.

a) *Tempo* di coagulazione in vitro.

Sono stati ideati numerosi processi e costruiti apparecchi più o meno complicati. Si deve notare, se si pratica la puntura al dito, l'influenza dei succhi dei tessuti, inoltre la temperatura ambiente, ecc.

Milian ha indicato un processo semplicissimo con vetrini portaoggetti, ben lavati e seccati; la goccia di sangue vien fatta cadere sul vetrino posto orizzontalmente. Si nota il tempo in cui la goccia non si deforma più se posta verticalmente.

Sono migliori i procedimenti in cui si prende il sangue dalla vena. Lo si raccoglie in provette accuratamente lavate e asciutte in 10 cmc. di sangue: e di minuto in minuto inclinandolo leggermente si osserva il momento in cui si può capovolgere il tubo.

b) Qualità del coagulo. *La retrattilità* del coagulo può essere incompleta o nulla e sembra stare in rapporto col numero delle piastrine; non ha rapporto invece col tempo di coagulazione per es. nella porpora; è normale il tempo di coagulazione in vitro, ma il coagulo non è retrattile.

c) Tempo di coagulazione sulla ferita. Qui intervengono i poteri adiuvanti dei suchi dei tessuti.

Nell'individuo normale in una ferita lineare fatta con vaccinostilo il sangue coagula in tre minuti; sembra che la qualità dell'endotelio dei capillari abbia una notevole importanza.

d) Resistenza dei capillari (fragilità vasale). Essa viene studiata col cosidetto segno del laccio.

In alcuni individui la legatura dell'avambraccio fa comparire in 3-5 minuti una punteggiatura purpurea nella regione iperemica.

Un'anomalia di uno o più di questi quattro fenomeni fa pensare ad una alterazione della composizione del plasma, o degli elementi figurati, o dell'endotelio vasale.

Metodo per valutare il tempo di coagulazione in vitro.

A tutti sono noti i vari metodi di valutazione del tempo di coagulazione, ma essi sono imperfetti da un punto di vista pratico, perchè male si riesce a valutare le minime differenze di tempo in condizioni normali e patologiche troppo rapido essendo il processo; quindi un metodo che riesca a rallentarlo senza alterarne le fasi nè i componenti può conferire un maggior valore alle osservazioni.

Il Fonio fu il primo che cercò di applicare questo concetto.

Egli chiama valenza di coagulazione la proprietà del sangue a vincere un determinato ostacolo, misurabile, che si oppone alla coagulazione.

Il principio del metodo consiste nel titolare la valenza di coagulazione: in una serie di provette si trovano delle soluzioni di $MgSO_4$ a concentrazioni crescenti, si mette in ciascuna provetta un stessa quantità di sangue, e dopo due ore si vede in quale provetta il sangue è coagulato: si procede nel seguente modo:

In un bicchiere a calice si pongono 2 cmc. di $MgSO_4$ al 0.75 % e 4 cmc. di sangue preso dalla vena brachiale e si mescolano i due liquidi agitando. Si pongono 0.2 cmc. di questa mescolanza nelle 18 provette, nelle quali era stato precedentemente posto 0.05 di soluzione di $MgSO_4$ a concentrazione crescente da 0.05 %, 1, 1.5, 2, 2.5, ecc., e si lasciano per due ore a temperatura ambiente.

Dopo le 2 ore si esaminano i resultati rovesciando le provette. Nelle soluzioni più concentrate il coagulo è man mano più piccolo, l'ultima provetta in cui il coagulo è bene evidente e per quanto piccolo è ben contratto costituisce la valenza.

Fonio distingue due valenze: una prima in cui la coagulazione è completa — grosso coagulo aderente alle pareti —, e una seconda valenza in cui si ha un minimo coagulo.

Infine a concentrazioni maggiori la mescolanza è del tutto liquida; l'ostacolo alla coagulazione costituito dal $MgSO_4$ non può essere vinto. Normalmente si osserva la prima valenza alla concentrazione di 1.5 e la seconda a 2.5, il che corrisponde a 125 mmg. e rispettivamente a 175 mmg. di $MgSO_4$.

Un altro metodo forse più esatto si propone di studiare la coagulazione del sangue basandosi sulle osservazioni fatte da Bordet, Sabattani, ecc. Il citrato di soda non produce alcuna modificazione chimica del sangue, ma solamente produce una modificazione dello stato fisico degli joni-calcio. Il metodo si propone in un primo tempo di togliere al sangue il calcio allo stato di jone, precipitandolo sotto forma di citrato di calcio e in un secondo tempo di aggiungere al sangue il calcio allo stato di jone per ottenere la coagulazione quando ne è più agevole lo studio. Praticamente si aggiunge a un cmc. di sangue 5 cmc. di soluzione fisiologica e un cg. di citrato di soda. Il sangue così trattato viene distribuito in 10 provette nella quantità di 2 decimi di cmc. ove precedentemente erano state poste in dosi crescenti da 0.1, 0.2, fino a 1 cmc. di una soluzione di cloruro di calcio al 5 %. Si aspetta circa 12 ore. La coagulazione è tanto più precoce, quanto più le proprietà coagulanti di ciascun sangue sono attive. Così si avrà una specie di soglia di coagulazione colle dosi minime di calcio che producono l'inizio di coagulazione.

Si noterà la provetta ove la coagulazione ha inizio e dove è completo e retrattile il coagulo. Lo studio della coagulazione sarà completato dalla numerazione delle piastrine e dalla determinazione quantitativa di fibrinogeno.

STATI EMORRAGICI CRONICI. *Emofilia famigliare.* Essa è caratterizzata dalla comparsa di emorragie talora infrenabili per un minimo traumatismo; è una malattia rara ereditaria che si trasmette in genere ai maschi. L'emorragia si produce in continuazione, al disotto di un coagulo che si è formato nel luogo del trauma. Emorragie incoercibili e recidivanti anche per un trauma insignificante. Studiando il sangue si vede che vi è un notevole ritardo della coagulazione, da 30 minuti a 12 ore con diminuzione della retrattilità del coagulo e formazione del coagulo bianco; lo studio dei globuli rossi, dei globuli bianchi e delle piastrine non dà nessuna deviazione dalla norma. L'emorragia continua perchè il coagulo non aderisce alla ferita e secondo Morawitz per la mancanza della trombochinasi, fermento estraibile dai tessuti e attivante la trombina del sangue; questa deficienza si può correggere coll'iniezione di siero di sangue o di estratti di tessuti freschi, milza, reni, ecc.

Stati emofilici si possono osservare in condizioni diverse, nelle infezioni acute che determinano uno stato di porpora, nelle intossicazioni che ledono il fegato, nelle nefriti croniche, ecc. L'esame del sangue rivela un ritardo della coagulazione, ma che di solito non sorpassa la mezz'ora. Il sangue nella provetta sedimenta rapidamente e il coagulo plasmatico si ritrae bene. L'aggiunta di siero fresco di animale o di uomo corregge il ritardo e produce un coagulo normale.

Il Weil dà il nome di *emogenia* alle *diatesi emorragiche,* quali la porpora cronica, e le menorragie discrasiche. Queste diatesi emorragiche talora stanno in rapporto colla tubercolosi, tal'altra colla sifilide, il più delle volte con epatiti (la colemia è frequente in queste forme); esistono inoltre alterazioni endocrine (tiroide, ovaia). I quadri clinici sono vari: forma cutanea cronica con petecchie ed ecchimosi, forme con emorragie delle muccose e viscerali, sovente genitali; possono essere acquisite o ereditarie; l'esame del sangue dà risultati importanti: 1° l'*assenza o scarsità di piastrine* nei periodi di emorragia; 2° la mancanza di retrattilità del coagulo; 3° il prolungarsi del tempo di coagulazione sulla ferita attribuito giustamente alla mancanza di piastrine; 4° il segno del laccio è costantemente presente.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

I dolori cardiaci.

(I. HAY. *The Lancet*, 6 maggio 1922).

Il dolore cardiaco non è il sintomo di particolari varietà di alterazioni anatomiche del cuore e dei grossi vasi, ma è piuttosto il segno di deficienza funzionale del miocardio.

Al riguardo è appena necessario ricordare che l'angina pectoris, il più grave ed il più caratteristico dei dolori cardiaci, può verificarsi senza che vi siano apprezzabili alterazioni delle valvole e del miocardio, dell'aorta e delle coronarie.

D'altra parte una classificazione dei dolori cardiaci può essere tentata più sulla base del criterio etiologico che sui caratteri clinici.

Generalmente le crisi anginose si distinguono in sifilitiche, arterio-sclerotiche e neurotiche, ma in effetti non v'ha alcun elemento che caratterizzi le varie forme di dolore cardiaco e ne renda possibile la differenziazione clinica. Neppure il grado, la intensità della crisi possono costituire un dato per la diagnosi anatomica ed etiologica. È ben noto che il dolore e l'angoscia possono essere intensissimi anche nelle forme tossiche, vaso-motorie e neurasteniche, e che viceversa possono essere lievi e fugaci nelle forme sicuramente dipendenti da affezioni ben definite dell'aorta e delle coronarie.

Il dolore cardiaco dipende da uno stimolo che partendo dal cuore raggiunge il sistema nervoso centrale, e conseguentemente il grado del dolore è in funzione della intensità e del numero degli stimoli e della sensibilità del sistema nervoso. Dal lato clinico, per altro, occorre rilevare che non tutti i dolori toracici ed epigastrici sono di origine cardiaca e che viceversa occorre frequentemente di attribuire a disturbi dell'apparato digerente o a neuriti sensazioni dolorose che partono dal cuore.

Il dolore cardiaco è stato distinto in due tipi: submammario e supramammario. Questo ultimo è accompagnato da senso di costrizione e di dolore irradiantisi alle braccia, ed il submammario è accompagnato da dolore al dorso o da un dolore irradiantesi attraverso l'ascella alla scapola sinistra. Una tale classificazione sintomatologica non ha una corrispondenza anatomica e prognostica, tuttavia si può affermare che il dolore supramammario ha un significato più funesto del tipo submammario.

Come tutte le sensazioni viscerali, in conformità della concezione di Head e Mackenzie, le sensazioni cardiache raggiungono la coscienza indirettamente. Gli stimoli partenti dagli organi eccitano i relativi segmenti dell'asse cerebro-spinale e le sensazioni sono avvertite nell'area di distribuzione dei rispettivi nervi. Quando sono eccitati il terzo, quarto e quinto segamento dorsale il dolore è avvertito al petto, quando sono eccitati anche il primo ed il secondo segmento dorsale il dolore è avvertito anche nella regione interna di tutto l'arto, e quando sono eccitati contemporaneamente i segmenti cervicali inferiori il dolore si diffonde alle dita. Il dolore diffuso al dorso è il segno della diffusione dell'eccitazione del quinto e sesto segmento dorsale. Ed è bene ricordare che, quantunque ordinariamente il dolore anginoso sia localizzato a sinistra, non è raro incontrare casi nei quali il dolore è più marcato a destra della linea mediana fino a raggiungere l'arto superiore destro.

L'angina pectoris franca, bene sviluppata, ossia la combinazione dell'angoscia, del dolore, del senso di fine imminente, non può dar luogo ad errori diagnostici. Ma nelle forme atipiche ed iniziali l'errore è possibile.

Spesso si fa diagnosi di indigestione in parte perchè il paziente lamenta disturbi di stomaco ed anche perchè il dolore inizialmente è localizzato all'epigastrio o all'apofisi xiloide dello sterno. Il fatto poi che il dolore frequentemente si ha dopo i pasti e termina con eruttazioni conferma nell'errore. Al riguardo coviene rilevare la tendenza all'areofagia dei sofferenti di angina pectoris; essi inghiottono una considerevole quantità d'aria, che poi emettono durante o al termine delle crisi dolorose con un senso di sollievo.

Talvolta l'angina viene diagnosticata come reumatismo del braccio o neurite, specie quando il dolore è prevalentemente localizzato al braccio e l'angoscia precordiale è leggera, e quando il dolore cardiaco è d'origine tossica o neurotica.

Non è dubbio che il dolore cardiaco è un sintoma di esaurimento del cuore, qualunque sia la lesione determinante, ed in ciò ha i caratteri di tutti i dolori viscerali riferiti. Di questo fatto sono indici i sintomi concomitanti quali la dispnea, il senso di stanchezza generale, nonchè la circostanza che le crisi dolorose si manifestano e si ripetono di solito in seguito a sforzi e talvolta anche lievissimi.

Un altro sintomo importante del dolore cardiaco è costituito da quella sensazione specia-

le di trovarsi in punto di morire, dalla paura della morte imminente. Questa sensazione talvolta non ha alcuna relazione con il grado del dolore, del senso di costrizione, della dispnea.

Il fenomeno è in dipendenza verisimilmente delle relazioni tra sistema simpatico e sistema cerebro-spinale ed è analogo alla sensazione che provocano i gravi traumatismi dei reni e dei testicoli.

Che il dolore sia l'espressione della stanchezza del cuore è provato dal fatto che esso si manifesta più frequentemente in individui che si affaticano fisicamente e mentalmente, negli individui soggetti a frequenti e forti emozioni, e che il riposo fisico, mentale ed emotivo rende più rari e più leggeri gli accessi. Al riguardo si può rilevare che nelle donne, che meno degli uomini si sottopongono a strapazzi corporei ed intellettuali, anche sofferenti di arteriosclerosi, di nefrite, di affezioni valvolari e miocardiche, i dolori cardiaci meno frequentemente che nell'uomo assumono caratteri gravi per intensità e frequenza.

Nella donna il dolore è più spesso continuo ed aumenta con gli sforzi anche lievi o in seguito a fatti emotivi, è accompagnato da palpitazione e da un senso di esaurimento e di deliquio con tendenza alla sincope, mentre il senso di costrizione precordiale, così caratteristico dell'angina pectoris, è piuttosto raro. Il dolore al braccio ed alla spalla è comune anche nella donna, ma è meno nettamente limitato ed è più facilmente confondibile con il dolore reumatico e neuritico. Si nota inoltre una maggiore iperalgesia della pelle ed una più ampia distribuzione del dolore. Nel climaterio si ha un'aumentata tendenza al dolore cardiaco specialmente quando coesiste ipertensione.

In ogni caso quando la frequenza e la intensità degli accessi diminuiscono con il riposo la prognosi è più favorevole, in quanto ciò farebbe escludere un'inemendabile affezione del miocardio e delle coronarie. Quando invece malgrado il riposo e le cure gli attacchi si fanno sempre più frequenti ed intensi è evidente che la efficienza del miocardio diventa sempre più debole e la morte può sopravvenire da un momento all'altro.

Nelle forme tossiche e neurotiche può essere fatta con sicurezza una prognosi favorevole.

DR.

L'adrenalina nel blocco cardiaco.

(A. PHEAR e J. PARKINSON. *The Lancet*, 13 maggio 1922).

È riferito il caso di una donna che nel luglio 1919, a 47 anni, cominciò a soffrire di accessi sincopali che ricorrevano a periodi di tre a venti giorni. Divennero poi più frequenti, e, nel luglio 1921, dopo un periodo di tre mesi libero da accessi, fu colta da una serie di accessi sincopali rapidamente susseguentisi, tanto che ogni 40-50 secondi il battito cardiaco si sospendeva per 15-25 secondi: solo di tanto in tanto gli accessi si diradavano. Il battito della punta e il polso radiale erano circa 26 per minuto, le contrazioni auricolari, rilevabili alla giugulare, circa 70. L'elettrocardiogramma mostrava un blocco completo.

Non segni di lues, lieve albuminuria, pressione sistolica 154, cuore non ingrandito, soffio dolce alla punta. I bromuri e la caffeina non portarono giovamento, il cloralio fu solo utile a diminuire le convulsioni durante gli accessi, l'atropina somministrata due volte (mmg. 0.5) diminuì per due o tre accessi la gravità dei sintomi, che poi però si mostrarono più gravi.

Dopo sette giorni le condizioni erano immutate: furono iniettati sottocute alla paziente cmc. 0.3 di adrenalina al millesimo; dopo un quarto d'ora gli accessi sincopali scomparvero, salvo un lieve accesso qualche ora dopo l'iniezione.

Nel pomeriggio furono iniettati sottocute altri cmc. 0.6 di adrenalina al millesimo. Nella notte e al mattino seguente la paziente ebbe due parossismi di dispnea e cianosi, con integrità della coscienza.

Fino al gennaio 1922 non ebbe più accessi sincopali, solo, talvolta, vertigine e cianosi, senza perdita di coscienza. La frequenza del polso restò sempre intorno a 26, e la pressione intorno a 150. Nel gennaio persisteva blocco completo, ed il cuore alla radioscopia mostrava un lieve uniforme ingrandimento.

Gli AA. ricordano che l'adrenalina, oltre il noto effetto vasocostrittore, stimola le connessioni mioneurali dei nervi acceleratori (simpatici) nel cuore, e in secondo tempo, per l'aumento della pressione sanguigna stimola il centro del vago, onde un relativo rallentamento del ritmo, che segue all'accelerazione, e che non ha luogo a vaghi recisi. L'azione però varia secondo la dose e la via d'introduzione. Kahn, nel 1909, nel cane, con dosi massimali endovenose (mmg. 0.1) produsse un blocco completo, però senza bradicardia per l'accelerazione degli atri e dei ventricoli. Altri autori (Cullis, Tribe, Egmond, Routier) su gatti o su

cani con blocco cardiaco prodotto in vario modo, osservarono che l'adrenalina per via endovenosa produce un notevole acceleramento del ventricolo, che pertanto risulta ben provvisto di terminazioni simpatiche; e in alcuni casi, quando il fascio A. V. non era stato reciso, ha prodotto una temporanea scomparsa del blocco (Routier), riferita da questo autore allo stimolo delle terminazioni simpatiche nel fascio. L'esperienza non è confermata da altri (Hardoy e Houssay, Clerc e Pezzi).

Nell'uomo, in un caso di blocco completo, Danielopulo e Danilescu ottennero un'accelerazione del ventricolo (circa da 30 a 40) con 1-2 mmg. di adrenalina sottocute, ed una diminuzione notevole del blocco in un caso di blocco incompleto.

Hardoy e Houssay nulla ottennero con 1 cmc. di soluzione al millesimo sottocute in un caso di blocco completo; ebbero forte accelerazione dell'atrio e del ventricolo con persistenza del blocco e sintomi allarmanti con la stessa dose introdotta nelle vene. La stessa grave sindrome (tachicardia ventricolare, accessi sincopali) notarono Lutembacher, ed anche Rothberger e Winterberg, con dosi minori, endovenose: in un caso il ventricolo assunse poi una frequenza metà dell'iniziale.

Arrilaga in sei casi di blocco completo ebbe un'accelerazione del ventricolo senza scomparsa del blocco con 1 mmg. di adrenalina sottocute: Strisower ottenne scomparsa del blocco ed accelerazione del ritmo in un uomo di 82 anni, con blocco completo, iniettando sottocute 1/2 mmg. di adrenalina, e dopo un mese fece nuovamente sparire il blocco con 1/4 di mmg.; questo autore riferisce il risultato ad un miglioramento della circolazione delle coronarie.

Gli AA. concludono che è conveniente tentare l'adrenalina per via sottocutanea nel blocco cardiaco; secondo la gravità della lesione del fascio si può sperare la scomparsa del blocco, la sua diminuzione, un'accelerazione del ventricolo, o una rarefazione degli accessi sincopali, come nel loro caso. DORIA.

Nelle lesioni aortiche. Soppressione della pulsatilità nell'arto superiore sinistro ed esistenza di due regimi circolatori opposti.

(L. BARD. *Presse médicale*, luglio 1922).

L'A. studia i rapporti che corrono tra le pulsazioni dei vasi arteriosi e il deflusso del sangue nel lume arterioso. Distingue questi due concetti e richiama la formula già enunciata dal Weber: « unda non est materia, sed forma materiae progrediens: ».

Di guisa che errerebbe profondamente quel medico che nel silenzio di ogni segno diretto di attiva circolazione in un arto ad es. (palpazione delle arterie, sfigmomanometria, sfigmografia) ne deducesse l'abolizione di ogni attività circolatoria nello stesso. Già fatti clinici di preciso valore acquisiti dall'esperienza nosologica richiamano la mente a ben altro convincimento. In molti casi infatti di aneurisma dell'arco dell'aorta con compressione del tronco brachio-cefalico o della succlavia, è stata osservata un'abolizione del polso radiale e cubitale. Ma le condizioni di nutrizione, di calore, ecc., convincono in tale circostanza che la circolazione dell'arto non è abolita, e se pur ridotta è tuttavia tale da essere sufficiente ai bisogni organici dell'arto; condizione che mal sopporterebbe l'idea di una interruzione del circolo nel punto di compressione (succlavia, tronco brachio-cefalico), invocata per comprendere l'abolizione dell'onda pulsatile.

In un caso studiato dall'A. cui faceva difetto il polso radiale e cubitale a sin., ed in cui la diagnosi clinica era di aortite luetica, il tonometro di Gartner segnava una pressione arterio-capillare di 11-12 centim., cifra pressochè normale. La colorazione della pelle era normale, non vi erano disturbi trofici, la temperatura cutanea uguale a quella del lato opposto. La puntura su un polpastrello faceva gemere una goccia di sangue nel tempo quasi uguale a quello necessario per lo stesso fenomeno nell'altra mano.

L'emoglobina, i globuli rossi e bianchi in quantità quasi uguali tanto a destra che a sinistra.

L'A. ritiene che la scomparsa del polso radiale fosse dovuta nel suo caso non già ad una compressione, ma piuttosto ad una stenosi prodotta da chiazze infiammatorie dell'intima situate nel punto di emergenza della succlavia di sin. Questa stenosi era tale da abolire la pulsatilità dell'onda, trasformando il ritmo alternante della corrente in un ritmo continuato, fatto questo realizzato naturalmente dalla circolazione capillare.

Ma la malata studiata dall'A. presentava un altro fenomeno interessante.

La cifra della pressione differenziale dell'arto sup. destro era molto bassa; la pressione massima 14 centim. del Riva Rocci, la minima 12. Anche tale fatto sarebbe dovuto secondo l'A. ad una stenosi da chiazze infiammatorie dell'intima della succlavia di destra, e costituirebbe un regime circolatorio del tutto opposto a quello che viene fatto di osservare nella insufficienza aortica. RADOGNA.

Modificazioni del fondo oculare nell'ipertensione e nella nefrite.

Col nome di retinite albuminurica si descrive generalmente una sindrome oftalmoscopica caratterizzata da edema della papilla, aspetto stellato della macula, macchie bianche prominenti sulla retina, specialmente peripapillari, dovute ad essudato o a processi degenerativi, che rassomigliano a bambagia. Talvolta si osservano anche modificazioni notevoli dei vasi, ed emorragie, che si sogliono mettere in rapporto con disturbi cardiorenali.

Però il nome di retinite albuminurica non è esatto, perchè le note flogistiche sono minime o assenti (talvolta lieve aumento dei nuclei nelle sezioni della retina, secondo Behan), e perchè le lesioni oculari non sono in rapporto con l'albuminuria per sè, che può essere cospicua, come nelle nefrosi, senza che si notino modificazioni del fondo.

Il significato di queste alterazioni non è univoco, poichè se ne trovano di simili o anche identiche in condizioni patologiche varie, come la tossiemia gravidica, l'ipertensione da varie cause, stati anemici, infezioni varie, stati anafilattici, e talvolta in apparente buona salute (caso di J. W. Charles, nel quale furono sospettati disturbi endocrini). Tutti gli AA. convengono che dal semplice esame del fondo dell'occhio non si può fare con certezza diagnosi di nefrite, e tanto meno di una determinata forma anatomopatologica. Senza dubbio però, come criterio di frequenza, si può ritenere che alterazioni estese in ambe le retine parlano per una nefrite cronica avanzata, di cattiva prognosi; che le modificazioni del fondo accompagnano più facilmente le nefropatie arteriose che le altre; che spesso indicano un'ipertensione ed una ritenzione di prodotti azotati. La prognosi non si può esclusivamente fondare sull'esame oftalmoscopico, che può essere negativo o quasi in nefriti gravi, e può mostrare alterazioni estese in certe lesioni renali acute, che poi regrediscono insieme con le lesioni renali stesse: ciò accade tipicamente nella tossiemia gravidica, ove si dice a buon diritto che è più leso l'occhio che il rene.

La patogenesi delle modificazioni retiniche descritte non è chiara.

Dapprima si pensò all'ipertensione arteriosa; ma si osservò poi che qualche volta fa difetto, e inoltre chè le modificazioni del fondo indotte dalla semplice ipertensione senza alterazioni renali sono più o meno diverse dalle accennate. Nella ipertensione essenziale da fibrosi arteriocapillare Benedict osservò, in primo tempo, le arterie ristrette e tortuose, di color rameico, e una dentellatura delle vene all'incrocio con le arterie; in secondo tempo una notevole contrazione delle arterie in diametro e in lunghezza, scomparsa delle piccole arteriole, comparsa di piccole macchie bianche, specialmente intorno alla macula, le vene di diametro doppio o triplo della corrispondente arteria, dilatate ad ampolla distalmente agl'incroci arterovenosi. La compartecipazione del rene al processo può non influire sulla retina, ma spesso produce edema ed iperemia del disco, emorragie lanceolate intorno ad esso, e chiazze biancastre sfumate di essudato.

Nell'ipertensione vi è un meccanismo locale di compenso che preserva la retina, la quale può non dimostrare alcuna alterazione dopo mesi o anni che la pressione sanguigna è aumentata: ma talvolta, per condizioni non bene conosciute, tale compenso manca, e si osservano modificazioni del fondo, che, per un aumento rapido della pressione (ad es. per improvvisa caduta della funzione renale) possono consistere in edema ed emorragie retiniche notevoli, e giungere fino al distacco di retina.

Parson, Cushing e Bordley, credono che nella cosidetta retinite albuminurica sia in causa un edema passivo per l'aumento di pressione del liquor che accade negli stati uremici. Ma Behan, avendo osservato le modificazioni del fondo all'infuori di lesioni renali, e inoltre il loro rapido stabilirsi nella tossiemia gravidica, nega che esse dipendano essenzialmente sia da alterazione delle arterie, sia da ipertensione del liquor, sia da ritenzione di prodotti azotati: ritiene, con Bulson, che sia in causa qualche sostanza tossica ignota, che renda rapidamente molto permeabili le pareti dei vasi retinici, senza indurre in essi notevoli modificazioni istologiche. L'ipertensione del sangue, e del liquor, può eventualmente essere una concausa, ma non la causa unica ed esclusiva delle modificazioni oftalmoscopiche.

(L'argomento è discusso nel *Journal of A. M. A.* del 3 giugno 1922, da W. Benedict, L. Behan, M. Cohen, e A.).

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

F. BEZANÇON, MARCEL LABBÉ, LÉON BERNARD, J. A. SICARD. *Précis de Pathologie Médicale.* Vol. IV e V. Masson et C.ie. Paris, 1922.

Il compito che gli AA. si sono proposti è stato quello di dare agli studiosi di medicina un'opera che pure mantenendosi nei limiti di un compendio potesse raccogliere tutta la patologia medica esponendo in ogni campo quello che le più moderne ricerche hanno apportato nella interpretazione dei fenomeni morbosi. Ed a giudicare dai primi due volumi ora comparsi, lo scopo è stato pienamente raggiunto. Ogni parte è stata affidata a singoli autori specializzati onde la trattazione ne fosse la più completa possibile. Ma sopra ogni capitolo impera la semplicità e la chiarezza.

Il IV volume tratta le malattie dell'apparato digestivo e della nutrizione e la sua compilazione è stata affidata a Marcel Labbé e a G. Vitry, il V è dedicato alle malattie del sangue e degli organi ematopoietici per opera di E. Weill e di M. Bloch e alle malattie dei reni per opera di Pasteur, Vallery-Radot.

Nella loro prefazione gli Autori affermano di avere tenuto per esempio il trattato del Dieulafoy e veramente l'opera loro semplice, chiara e completa, nulla tralascia di quanto si è venuto svolgendo ed affermando negli ultimi anni nello studio di ogni questione medica, e per la forma concisa, ma non schematica, è letta con vivo interesse e con notevole profitto. TR.

M. LOEPER. *Leçons de Pathologie digestive.* 5ª serie. Un vol. di pag. 348. Paris, Masson et C., 1922, 15 fr.

Continuazione delle serie precedenti, questa quinta raccolta di lezioni sulla patologia dell'apparato digerente, tratta particolarmente delle malattie dello stomaco cercando di apportare in ogni questione quanto è acquisizione delle più moderne ricerche sia funzionali che anatomo-patologiche.

E mentre alcune lezioni sono dedicate ai metodi di esame della funzione gastrica, allo studio del contenuto dello stomaco a digiuno, alla parte che il sistema nervoso prende nella insorgenza dei dolori nelle gastropatie, altre lezioni trattano particolarmente dell'ulcera gastrica, del cancro, della gastrite flemmonosa e dei disturbi gastrici nelle malattie delle vie biliari.

A tutto quanto è risultato delle più moderne ricerche e vedute, l'A. aggiunge quello che è frutto della sua personale esperienza. Non mancherà certo a questa quinta serie la facile fortuna delle quattro precedenti. TR.

E. SERGENT. *Études cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire.* Paris, A. Maloine et fils, 1922, fr. 25.

Intendimento particolare dell'A. è quello di porre in rilievo l'importanza della clinica e della radiologia, l'interpretazione dei segni forniti da questi due mezzi di osservazione sia se considerati separatamente, sia se confrontati l'uno con l'altro. Il volume è diviso in due parti: nella prima sono raggruppati gli studi semeiologici e clinici che hanno particolare interesse nella pratica, e fra questi l'A. tratta diffusamente della ineguaglianza pupillare spontanea e provocata nelle malattie pleuro-polmonari e della sindrome di insufficienza respiratoria degli apici e della sua importanza nella diagnosi di tubercolosi polmonare nell'adulto.

Un capitolo particolare l'A. dedica alla sifilide dell'apparato respiratorio ed ai rapporti con la tubercolosi esponendo in esso le osservazioni personali e le proprie vedute.

Da ultimo tratta delle conseguenze mediche e medico-chirurgiche delle ferite del torace e delle intossicazioni da gas asfissianti.

La seconda parte è dedicata agli studi radiologici, e mentre l'A. riconosce la grande importanza e la necessità dell'indagine radiologica nella diagnosi delle malattie dell'apparato respiratorio, d'altra parte osserva come talora tale indagine risulti insufficiente, e come alle volte possa anche condurre in errore. Questa seconda parte è arricchita da numerose tavole radiografiche.

L'importanza degli argomenti diffusamente svolti e la critica particolareggiata alla quale ogni fatto è sottoposto, rendono l'opera altamente interessante ed utile allo studioso.

TR.

G. PETELLA. *Cereali e Vitamine.* 1 vol. in-8, di pag. 185. Roma, Amministraz. del giornale «Il Policlinico», 1922. Prezzo L. 16.

Questo volume risponde, in modo eccellente, al desiderio di molti medici colti di conoscere gli studi compiuti in questi ultimi anni sull'alimentazione: in particolare le ricerche, le concezioni e le discussioni sulle vitamine.

Esso consta di una serie di capitoli che vennero già pubblicati negli «Annali di Medicina Navale e Coloniale» e che ora sono stati aggiornati e riveduti.

Il volume ha un pregio notevole, anzi una grande qualità: non costituisce un riassunto

arido, ma è avvivato dalla eccezionale abilità espositiva del gen. Petella.

Il medico vi troverà, in forma piana, leggibile e interessante, le nozioni meglio assodate, scelte con discernimento, da un competente che sa essere un artista. *a. p.*

W. PFEFFER. *Osmotische Untersuchungen.* Zweite Auflage. (W. Engelmann, Leipzig, 1921).

Nella seconda edizione dell'opera del Pfeffer sono raccolti i risultati delle esperienze e degli studi che per lunghi anni l'autore ha compiuto sulla pressione osmotica e sui fenomeni vitali ad essa legati. Il libro è diviso in due parti; nella prima è trattata ogni questione puramente fisica, dagli apparecchi e dai metodi di indagine alle ricerche compiute sull'osmosi; nella seconda è svolta la parte fisiologica applicando i risultati ottenuti dallo studio fisico, alla interpretazione dei fenomeni cellulari e particolarmente degli scambi che avvengono fra il protoplasma e l'ambiente esterno attraverso la membrana cellulare.

La particolare competenza dell'autore si rileva in ogni capitolo e rende l'opera di non comune valore ed utilità per chi si dedica allo studio di tali problemi. TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

X Congresso Pediatrico italiano.

(*Milano,* 1-4 *ottobre* 1922).

Con l'intervento delle autorità e di numerosi cultori di questa importante branca della medicina, convenuti da ogni parte d'Italia, questo Congresso fu inaugurato il 1° ottobre a Milano nella maggiore aula degli Istituti Clinici di Perfezionamento.

L'organizzazione non avrebbe potuto essere migliore per l'opera sapiente del Comitato milanese presieduto dal prof. Cattaneo, al quale gli industriali della grande metropoli lombarda non lesinarono nè l'appoggio materiale nè i mezzi più adatti per la riuscita della riunione.

Erano presenti i professori Allaria di Torino, Pacchioni di Genova, Simonini di Modena, Berghins di Padova, Spolverini di Pavia, Comba di Firenze, Francioni di Bologna, Iemma e Caronia di Napoli, Di Cristina di Palermo, Cannata di Messina, Luzzatti, Valagussa, Modigliani, Genoese, Devilla di Roma, e numerosi altri.

Dopo i discorsi del sen. prof. Mangiagalli in nome della Direzione degli Istituti Clinici, del prof. Filè per la classe medica milanese, del prof. Cattaneo per il Comitato, il prof. Comba riassunta l'opera della Soc. It. di Pediatria nel biennio 1920-1922 commemorò i soci defunti fermandosi a tratteggiare con sentite e commosse parole la grande e nobile figura di Luigi Concetti, il Maestro scomparso, onore e vanto della scienza pediatrica italiana.

Dopo la commemorazione del Concetti, fatta dal prof. Valagussa, il Congresso iniziò i suoi lavori discutendo le due relazioni del prof. Cannata sulla «*Profilassi della tubercolosi nella infanzia*» e dei proff. Pincherle e Frontali «*Sulla immunità attiva e passiva contro la difterite*».

Ecco un sunto delle relazioni:

Profilassi della tbc. nella infanzia.

Prof. CANNATA. — L'O. premesso che la lotta contro la tubercolosi non sarà efficace fino a quando nella coscienza di tutti non sarà penetrata la convinzione che le nostre energie debbono essere indirizzate a combattere la malattia nella età infantile, parla della diffusione della malattia nella infanzia, della ereditarietà e della predisposizione, e delle varie sorgenti di contagio.

Discute del pericolo rappresentato dall'ambiente familiare al quale è legata la questione della igiene delle abitazioni, dei mezzi per salvare il bambino dal contagio inevitabile, del contagio per via alimentare, e del contagio della scuola per i bambini della 2ª e 3ª infanzia.

Secondo l'O., del quale è impossibile riassumere la dotta e lucida relazione per la lotta antitubercolare bisognerebbe avvalersi dei seguenti mezzi: *a*) intensificare le opere di propaganda; *b*) risanare le abitazioni; *c*) risanare l'ambiente della scuola; *d*) diffondere le scuole all'aperto; *e*) curare l'educazione fisica del bambino; *f*) praticare la vaccinazione antitubercolare; *g*) istituire dispensarii antitubercolari per l'infanzia e dare sviluppo alle opere di preservazione; *h*) incoraggiare la istituzione di sanatorii, ospizi marini, colonie, ecc., per rinvigorire l'organismo dei bambini predisposti al terribile male.

Immunità passiva ed attiva contro la difterite.

Proff. PINCHERLE e FRONTALI. — Per l'immunità passiva, il Frontali, riferiti i termini essenziali della controversia fra antisieristi e sieroterapisti, conclude che anche nelle rincrudite epidemie dell'Europa centrale del 1909-1916 la mortalità relativa al numero dei malati si è mantenuta di circa 2/3 minore di quello che era nella media degli anni precedenti l'era sieroterapica. Il problema sollevato dal Bingel viene discusso alla luce delle ricerche sperimentali e si può affermare che il siero antidifterico ha sicura azione preventiva e curativa in rapporto al suo contenuto di antitossina pur non escludendo una certa debole azione favorevole del siero normale di cavallo sul decorso dell'infezione difterica.

L'O. rileva, nei riguardi della profilassi, l'incapacità del siero a risolvere due problemi fondamentali e cioè quello dei portatori dei bacilli difterici, e quello della immunizzazione profilattica durevole.

In quanto ai limiti del potere curativo del siero si rileva l'incapacità di prevenire le paralisi tar-

dive pur riconoscendo che la sieroterapia precoce dà una percentuale minima di paralisi.

Discussa la questione dei sieri antitossici ed antibatterici, tratta della via di introduzione del siero e dei progressi della terapia usando dosi massive di siero ed usando la via endovenosa ed accenna alla possibilità di provocare una immunizzazione passiva nel lattante iniettando il siero antidifterico alla nutrice.

Per *l'immunità attiva* il relatore prof. Pincherle accenna alla scoperta di Behring (1913) della miscela tossina-antitossina capace di dare immunità duratura ed ai suoi precursori fra cui gli italiani Bandi, Sivori, Gagnoni, e alle ricerche postbelliche di Rohmer, Lery ed altri in specie di Opitz e dei tentativi vari di immunizzazione mista attiva e passiva.

Riferisce sulle applicazioni che le miscele tossina-antitossina iponeutralizzate hanno incontrato in America dove l'immunizzazione attiva è largamente praticata con l'ausilio della reazione di Schick, ma su questo argomento dichiara ancora necessarî nuovi studi e più documentate statistiche.

Nelle sedute del Congresso furono fatte inoltre numerose ed importanti comunicazioni. I congressisti presero parte a gite organizzate dal Comitato alla Certosa di Pavia ed al Lago di Garda.

GENOESE.

XI Congresso Italiano di Stomato-Odontologia.

Alla presenza dell'on. Lo Piano, sottosegretario alla P. I., s'inaugurò la mattina del 1° ottobre u. s.. nell'Aula Magna della Università di Roma, il Congresso di Stomato-Odontologia.

Il Presidente dell'Associazione Stomatologica Laziale, prof. dott. Piergili, dette il benvenuto ai colleghi. Seguirono: il prof. cav. Bellinzona, Presidente della Federazione Stomatologica Italiana; il gr. uff. dott. Chiavaro, ordinario di Odontoiatria in Roma; il prof. dott. Perna per il Gruppo degli Odontologi; il comm. dott. Villetti, Assessore all'Igiene, che portò il saluto del Sindaco; il prof. comm. Badaloni, medico provinciale, per il Prefetto; il preside della Facoltà di medicina, professor Pestalozza. Dopo brevi ed applaudite parole degli illustri odontoiatri spagnuoli proff. Aguillar e Landete, rappresentanti i Municipî di Madrid e Barcellona, l'on. dott. Pietro Capasso inneggiò all'avvenire della stomato-odontologia, invitando il Governo a provvedere d'urgenza per il necessario ordinamento degli studi odontoiatrici in Italia. L'oratore ufficiale, prof. dott. Aldo Maggioni, auspicò la creazione di scuole specialistiche post-universitarie, rafforzando intanto quelle già esistenti a Bologna e a Milano, e che si codifichi senza creare nuovi ed ambigui dottorati *sui generis* il conferimento del titolo di «specialista».

Nella seduta del 2 ottobre fu svolta e discussa ampiamente la relazione del prof. Ettore Levi di Roma, Direttore dell'Istituto di Previdenza, Assistenza e Igiene sociale, su «*Igiene orale e medicina preventiva*». Interloquirono i congressisti Donato, Palazzo, Arlotta, Beretta, Bellinzona, Rovida e Piperno Arrigo, Direttore della Clinica Dentaria scolastica municipale di Roma, approvando un ordine del giorno del prof. Corrado D'Alise di Napoli, su la necessità che Governo e Municipii istituiscano *servizi pubblici per la prevenzione delle malattie dei denti* che affliggono il 90 per cento di individui di tutte le età, mediante cliniche dentarie scolastiche e ambulatori, affine di democratizzare le cure dentarie, che non debbono essere retaggio delle classi abbienti.

In seguito furono fatte numerose comunicazioni sulla *anestesia in chirurgia orale* dei dottori prof. Brugnatelli, prof. Landete, prof. Perna, dott. Grandi di Trieste e dott. Palazzi.

Nella terza giornata il prof. Boggio di Torino lesse la sua comunicazione sulla *Cooperazione nel campo odontoiatrico*. Intervennero alla viva discussione il prof. Coen Cagli, che incitò le Società odonto-stomatologiche italiane a rendere obbligatoria per statuto l'adesione dei rispettivi membri alla Cooperativa Italiana dentisti, e il prof. Palazzo, che propose il seguente ordine del giorno, approvato all'unanimità:

«L'assemblea udita la relazione del prof. Boggio, deplora che alcune case produttrici per interessi egoistici e puramente venari, rifiutino il loro appoggio e la somministrazione di materiali agli esercenti dentisti riuniti in cooperative, alterando così il principio altamente morale della cooperazione ed i legittimi interessi morali e materiali dei dentisti».

Seguì una relazione del prof. Vincenzo Montesano, in cooperazione con il suo assistente dott. Giorgio Della Seta, sui *Sifilomi iniziali della bocca*, relazione dotta e completa. I congressisti rivolsero un plauso all'illustre sifilografo. Intervenne alla discussione il prof. Corrado d'Alise, cui rispose il prof. Montesano, facendo voti che tutti coloro i quali desiderano dedicarsi agli studi stomato-odontoiatrici, siano particolarmente addestrati al riconoscere, o almeno a sospettare le varie manifestazioni, con cui la sifilide acquisita ed ereditaria suole presentarsi sulle labbra, nella bocca e nel faringe. L'assemblea approvò.

Il prof. Landete parlò sulla *vaccinoterapia nelle artriti odontomascellari e loro complicazioni*. L'illustre stomatologo di Madrid presentò in omaggio, alla presidenza, il suo importante volume in collaborazione col Mayoral: *Vacunoterapia general y especial de las infectiones quirurgicales y bucales*, e riassunse i successi ottenuti mediante l'iniezione di un vaccino, vero contravveleno stimolante le difese dell'organismo, nelle infezioni polimicrobiche boccali (osteiti, periostiti, alveoliti, stomatiti, ecc.). Presero parte alla discussione, anche con comunicazioni originali, il dott. Manca, il prof. Palazzo, il prof. Arlotta ed altri. Il prof. Carol Montfort di Barcellona espose, con proiezioni, le sue ricerche sulla *innervazione dentaria*.

Nella mattinata del 4 ottobre, un gruppo di congressisti si recò all'ospedale militare dove il prof. Perna e il dott. Cerve, aiuto del prof. Landete

di Baralna, eseguirono dimostrazioni pratiche sulla anestesia locale per i diversi interventi operativi sul sistema dentario.

Nella seduta del pomeriggio, il dott. Pinolini fece una comunicazione intorno alla *batteriologia della caria dentale;* fu discussa dal prof. Perna.

Seguirono comunicazioni sulla *ortopedia facciale,* branca della odontoiatria che richiede scienza ed arte lunga; le relazioni svolte dai proff. Corrado D'Alise e Piero Boggio sui moderni progressi di questa branca e sulla questione delle estrazioni dentarie nei rapporti di essa, come pure le comunicazioni del dott. Seppi su un *metodo gnatostatico* e del prof. Arlotta sulla *involuzione dell'incisivo superiore laterale,* riscossero la più viva attenzione. Interessanti riescirono le discussioni in proposito dei proff. De Vecchis e Maggioni e dei dottori Melocchi e Guerrini.

Chiuse la seduta il Ferrari Pocoleri con proiezioni di preparati istologici ponenti sotto nuova vista la formazione dello smalto e della dentina.

Nel pomeriggio del 6 ottobre lessero comunicazioni sulla *piorrea alveolare* i dottori Brenti e Toni e gli odontoiatri Francia e Carrino. Il dott. Sampognaro parlò del *contatto fra i denti sani otturati od artificiali;* indi il prof. Primo Dorello, della R. Università di Roma, illustrò la *struttura e funzione dell'articolazione temporo-mandibolare,* mostrando l'importanza pratica, anche nel riguardo della protesi dentaria, di questi studi scientifici.

Dopo alcune illustrazioni pratiche di protesi dentaria fatte dall'odontoiatra Goia e dopo le esposizioni di nuovi metodi di cura delle fratture mascellari da parte del comm. V. Guerini di Napoli e del dott. Campiglio, venne approvato il seguente ordine del giorno del prof. Arlotta:

«L'XI Congresso italiano di Stomato-Odontologia, udite le comunicazioni presentate sulle fratture dei mascellari e constatato come quasi tutti i grandi ospedali chirurgici italiani siano tuttora sprovvisti di reparti stomatoiatrici, rendendo quindi impossibile la cura adeguata delle fratture dei mascellari coi moderni metodi specialistici, fa voti, nell'interesse dei traumatizzati alla bocca e della specialità, che questa venga messa a pari delle altre specialità consorelle, con la creazione di opportuni reparti stomatologici».

Nel pomeriggio del 6 ottobre si lessero comunicazioni sulla *profilassi odontoiatrica nelle scuole, negli opifici e nelle caserme* dal prof. Perna e dal dott. Benassai; intervennero alla viva discussione i proff. Levi, Piperno, Corrado, Raffaele D'Alise, Franci, Arlotta, Palazzo, Brugnatelli, il dottor Mulocchi, gli odontoiatri Goia e Cicognani.

Venne poi approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno:

«L'XI Congresso Italiano di Stomato-Odontologia, messa in rilievo la importanza che ha assunto in medicina sociale la *profilassi delle malattie della bocca e dei denti in tutte le comunità* e particolarmente in quelle infantili, specie nella lotta antitubercolare, fa voti: 1) che lo Stato provveda prontamente alla organizzazione di tale forma di assistenza in tutto il Paese, istituendo adeguati servizi di profilassi infantile; 2) che i Comuni, frattanto, provvedano di propria iniziativa alla organizzazione di tali servizi, e dà mandato alla Commissione all'uopo nominata presso l'Istituto Nazionale d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, per un'opera efficace di propaganda nel Parlamento e nel Paese».

Il dott. Melocchi illustrò l'invenzione italiana dei *denti di porcellana* fatta dall'abruzzese Fonzi, vissuto nei primi anni del secolo scorso. Il De Crescenzo illustrò alcuni suoi *lavori a ponte* di fine fattura. Il Delle Donne parlò delle *nevralgie del trigemino* e il prof. De Vecchis espone una interessante relazione illustrante i concetti moderni sull'applicazione della *protesi movibile e smovibile.* Con una relazione del De Vecchis ebbero termine le comunicazioni scientifiche.

Quindi il prof. Piergili, presidente della Associazione stomatologica laziale, dopo aver ringraziato per la loro opera solerte e infaticabile i colleghi Piperno, Coen-Cagli, Pacitto e Panvini del Comitato Ordinatore, porge il saluto ai congressisti, dando l'arrivederci a Torino, sede del prossimo Congresso.

Durante il congresso ebbero luogo numerose gite: alla tomba di Cecilia Metella e vicinanze, a Villa Adriana e Tivoli, alla tenuta di Castel Porziano, a Spoleto. L'on. Capasso, accompagnò i gitanti alla vetta del Monteluco e alle fonti del Clitunno.

Il congresso ha attinto notevole importanza non solo per la copia degli argomenti scientifici che vi sono stati ordinatamente trattati, ma anche perchè si è ispirato ad alte finalità sociali, avendo posta in pieno rilievo la funzione profilattica dell'odontoiatria; esso ha segnato un'epoca nello svolgimento dell'odontoiatria italiana, poichè ha chiuso un lungo e ardente contrasto sul riordinamento degli studi odontoiatrici; gli odontoiatri hanno provato da quali idealità siano animati, mirando a conseguire una più efficiente preparazione di chi intende di dedicarsi alla specialità.

P.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 12 maggio 1922.

Presidente: BATTISTINI.

Sopra di un nuovo metodo di plastica addomino-vescicale nella cura dell'extrofia della vescica.

CAMERA. — Riferisce di avere con pieno successo impiegato per la cura dell'extrofia della vescica una plastica servendosi della pelle dello scroto per scorrimento.

Sulla cosidetta anestesia degli splancnici.

QUARELLA. — In dodici casi di intervento operatorio sull'addome (neoplasmi gastrici, delle vie biliari, laparotomie esplorative) ha praticato l'anestesia degli splancnici, seguendo la tecnica con-

sigliata dal Naegeli, e cioè infiltrando il tessuto perisplancnico, con una soluzione di morfina, o di scopolamina e morfina iniettandola con un lungo ago infisso a 7 cm. dalla linea mediana in modo da passare nello spazio interspinoso tra la 12ª vertebra dorsale e la 1ª lombare. L'infiltrazione degli splancnici venne praticata dieci volte bilateralmente, due volte solo a destra. L'anestesia è risultata undici volte perfetta e una volta solo mediocre. Nel decorso postoperatorio tale metodo di anestesia non dà alcun inconveniente ed è quindi di gran lunga da preferirsi alla narcosi generale. I pericoli dipendenti dalla possibile azione vulnerante dell'ago sono minimi e con una buona tecnica sicuramente evitabili. Occorre fare molto attenzione a che l'ago non penetri in una vena potendo l'iniezione endovenosa delle dosi usate degli anestetici dare gravissimi inconvenienti.

Seduta del 26 maggio 1922.

Presidente: Battistini.

Voluminoso diverticolo esofageo guarito coll'intervento.

Bobbio. — In un uomo di 56 anni presentante un voluminoso diverticolo esofageo ha praticato mento e la legatura della sacca alla base circon in un tempo solo col metodo di Goldmann l'isoladandola di garza; dopo otto giorni si ebbe la caduta per necrosi del diverticolo con residuo di una piccola fistola esofagea che si chiuse spontaneamente in breve tempo. Discute brevemente la patogenesi del diverticolo e accenna ai vari metodi di cura operatoria di tale affezione.

Bertolotti. — Crede opportuno di rilevare la sempre maggior importanza del sussidio dei raggi X per la diagnosi di diverticolo esofageo. Nella grande maggioranza dei casi, specie quando si tratta di diverticoli di piccole dimensioni la loro dimostrazione è puramente accidentale; questo è stato assodato dall'O. durante la sua lunga pratica röntgenologica. Piccoli diverticoli congeniti a poco a poco possono aumentare e assumere dimensioni tali da provocare disturbi (rigurgito, difficoltà di deglutizione, ecc.). Questo spiegherebbe il fatto strano in apparenza dell'osservazione frequente di tali diverticoli nei vecchi, mentre rare sarebbero le osservazioni radiologiche nell'età giovanile.

Neuroblastoma maligno dell'intestino tenue.

Ferrero. — Comunica un caso di notevole interesse: 1) perchè si trattava di un blastoma di sostanza nervosa costituito da sole cellule che si avvicinano per molti caratteri ai neuroblasti; 2) perchè il tumore aveva sede intestinale ed era indipendente sia dal cordone simpatico, sia dalle capsule surrenali. Degli 80 casi di tumori a sostanza nervosa riscontrati dall'O. nella letteratura soltanto due hanno questa sede: quello di Askanazy e quello di Oberndorfer; 3) perchè alla periferia del neuroblastoma furono osservate dall'O. formazioni cistiche endodermiche rivestite da epitelio cilindrico, situate ai limiti tra la tunica muscolare e la tunica sierosa dell'intestino.

Il caso osservato dimostra la possibilità che da elementi nervosi contenuti in seno ad una malformazione dell'intestino si sviluppi un tumore costituito esclusivamente da cellule nervose imperfette con i caratteri della più spiccata malignità.

Gamna. — Rilevando essere quello studiato dal Ferrero uno degli aspetti più singolari dei tumori del sistema nervoso simpatico, coglie l'occasione per accennare ad un'altra forma non ancor nota che può essere assunta da questo genere di tumori, come egli ebbe occasione di osservare in un caso recentemente studiato. Trattavasi di un tumore grosso come un mandarino, bene circoscritto, situato nell'interno della capsula surrenale destra di una donna di 60 anni. Il tumore si presenta costituito da un'enorme disordinata neoformazione di cellule ganglionari che per forma e rapporti raggiungono i più alti e vari gradi di atipica. La nota fondamentale che distingue questa forma dai casi noti di ganglioneuroma è la mancanza quasi assoluta di fibrille nervose che nei ganglioneuromi costituiscono il preponderante elemento del neoplasma.

Oltre l'interesse oncologico di questa forma di tumore che rappresenta forse il più genuino esemplare di blastoma realmente ed essenzialmente costituito da cellule nervose ad un grado già assai evoluto di differenziazione, è notevole il contrasto fra l'alto grado di atipicità della proliferazione blastomatosa e la mancanza di qualità aggressive e di caratteri maligni.

Seduta del 9 giugno 1922.

Presidente: Battistini.

Spirocheti nel sistema nervoso centrale della paralisi progressiva.

Coppola. — Presenta dei preparati di cervello e di bulbo di paralisi progressiva ricchissimi di spirocheti. Egli, mentre rileva come sieno tre i modi di ripartirsi degli spirocheti nel sistema nervoso centrale, quello diffuso nei vari strati, quello a focolaio e quello perivascolare, si intrattiene in modo particolare su quest'ultimo rilevandone le varie modalità e intrattenendosi sulle teorie per spiegarlo.

Tifosi e colera aviari.

Finzi. — Ha in primo tempo provato le varie cure vacciniche e sieroterapiche in vari casi di colera dei polli, rilevando come i risultati più soddisfacenti si abbiano coi vaccini autogeni polivalenti.

In parecchi casi di affezione intestinale dei polli egli ha potuto poi isolare dei bacilli del gruppo tifo-coli. Questi bacilli, saggiati con sieri ad alto potere agglutinante per il bacillo del tifo, del paratifo A, e del paratifo B, e del bacillo coli, hanno dimostrato essere diversi in diversi focolai: quindi in alcuni casi l'infezione era data dal paratifo A, in altri dal B e in altri dal coli. Un vaccino autogeno polivalente preparato con questi germi diede buoni risultati. Queste tifosi aviarie non sono pure nei polli ma spesso sono associate al virus della setticemia emorragica.

Pietro Sisto.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 28 luglio 1922.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, pres.

Prima delle comunicazioni scientifiche il prof. BARDUZZI commemorò il prof. Giovanni Capellini, accademico onorario, ponendone in evidenza non solo i grandi meriti scientifici come geologo, ma le benemerenze verso l'Accademia, di cui riordinò anche il Museo geologico e mineralogico. Egli fu l'esempio del «volere è potere», poichè per sua forte volontà potè giungere ai più alti gradi, fra le maggiori angustie di mezzi economici.

La piastrinosi nel sangue degli asfittici.
(Osservazione clinica).

Dott. BALDETTI. — L'O. avendo studiato il caso di una donna affetta da vizio organico congenito del cuore e trovantesi in stato di sub-asfissia cronica, riferisce di aver contato, accanto a circa 8 milioni di globuli rossi, circa 2 milioni di piastrine.

L'O. mette in rapporto tale intensa piastrinosi con l'asfissia cronica, proveniente dal cattivo funzionamento dell'organo centrale della circolazione del sangue (Istituto di Medicina legale).

Le piastrine nei vasi del cadavere.

Prof. G. BIANCHINI e dott. P. BALDETTI. — Gli OO. nei vasi di qualche viscere di animale asfissiato (polmone, milza) rilevarono il singolare reperto di intieri campi vascolari intieramente ripieni di piastrine, mentre, in altri campi, di piastrine non vi era traccia, oppure, in certi vasi, i globuli rossi occupavano una metà del lume e le piastrine l'altra metà.

Per spiegare questa strana disposizione degli elementi figurati del sangue, gli OO. dimostrano che le piastrine non provengono dai globuli rossi. Interpretano la distribuzione particolare delle piastrine e dei globuli rossi nei vasi, col fenomeno della *sedimentazione delle emazie,* la quale si verificherebbe dentro ai vasi sanguigni, analogamente a come si verifica nei tubi in vitro, e regolata dalle stesse leggi. La disposizione quindi che prendono i diversi elementi morfologici del sangue nei vasi, per effetto del suddetto fenomeno chimico-fisico, dà ragione del reperto istologico suddetto, che altrimenti non si potrebbe spiegare e porta una nuova luce nell'interpetrazione dello svolgimento dell'ipostasi cadaverica, la quale in tal modo viene modificata nel suo antico concetto.

Contributo allo studio delle granulazioni basofile.

C. SESTINI. — L'O. esaminando preparati di sangue a striscio molto spesso, di animali anemizzati, ha notato la presenza di emazie o tipicamente punteggiate, nel senso voluto da Erlich, o classicamente policromatofile. Gli strisci dello stesso sangue, allestiti in modo che gli elementi morfologici fossero in numero limitato, ben separati fra di loro, non hanno invece presentato altro che emazie uniformemente basofile (basofile nel senso voluto da Ferrata), nessun punteggiato, nè alcun policromatofilo. Da questa constatazione l'O. induce che le emazie punteggiate non sono altro che il prodotto di trasformazione di emazie basofile, attraverso una graduale serie di forme di passaggio.

Sulla riproduzione della infezione colerica.

F. NERI. — Allo scopo di studiare comparativamente l'importanza della via enterica e parenterica nella vaccinazione anticolerica, l'O. ha ricercato un procedimento per riprodurre, nei comuni animali da esperimento, la enterite colerica.

L'O. ha eseguito esperienze col procedimento Orsi (inoculazione diretta nella cistifellea) e col procedimento Besredka (sensibilizzazione mediante bile).

A conferma dei risultati ottenuti da Orsi, nel 1912, l'O. ha trovato che l'inoculazione diretta di vibrione colerigeno nella cistifellea produce quasi costantemente nel coniglio adulto una enterite acuta colerica mortale.

La sensibilizzazione mediante bile bovino, impiegato da Besredka per la riproduzione della infezione paratifica nel coniglio, è stata da Neri impiegata, in forma opportunamente modificata, nella cavia adulta, per la riproduzione della enterite colerica: cavie di circa gr. 400 ricevono *per os* 10 cmc. di bile bovino, e quindi vengono subito, o dopo qualche ora, inoculate, per via intracardiaca, con vibrione colerigeno.

Le cavie così trattate muoiono dopo 14-18 ore presentando una intensa enterite colerica.

L'O. aggiunge qualche considerazione sulla patogenesi del colera in relazione con l'enterotropismo del vibrione colerigeno.

Sulla infezione Eberthiana sperimentale nel coniglio.

F. NERI. — Per controllare i risultati delle esperienze di Besredka (1919) sulla riproduzione dell'infezione tifosa, l'O. ha eseguito una serie di esperienze in numerosi conigli adulti, inoculati per via endovenosa con bacillo tifogeno, a dosi diverse, letali e subletali, con o senza sensibilizzazione, mediante bile somministrato *per os.*

L'O. ha osservato costantemente la nota localizzazione del bacillo tifogeno nella cistifellea, ma non ha mai ottenuto, neppure nei conigli sensibilizzati con bile, la produzione di una vera e propria enterite tifosa; e perciò, contrariamente alle osservazioni di Besredka, l'O. è portato a negare l'enterotropismo del bacillo d'Eberth inoculato per via endovenosa al coniglio adulto.

Actinomicosi e streptotricosi.

Dott. G. CIANI. — L'O. convinto della necessità di riesaminare i rapporti delle due forme morbose, che oggi taluni pretenderebbero di potere identificare, ha compiuto uno studio morfologico e biologico comparativo fra i due processi.

L'O. a complemento di una comunicazione antecedente espone i resultati della prima parte del suo studio, cioè le caratteristiche morfologiche e biologiche degli stipiti isolati. Conclude:

1) che sebbene non abbia completate le sue indagini ritiene di poter interpretare come *fatti sessuali* dai movimenti protoplasmatici e dei fenomeni interessanti in codesto micromiceti;

2) che è necessario servirsi di culture *unicellulari;*

3) che nella grande maggioranza dei casi non è stato coltivato il vero agente causale;

4) che è prematuro ammettere l'unità biologica della infezione *actinomicotica*, e le infezioni *streptotricee;*

5) queste sono capaci di produrre da sole dei processi morbosi;

6) alla teoria del *parassitismo facoltativo* del Gasperini l'O. ritiene si debba sostituire un *parassitismo obbligato* secondo le proprie esperienze;

7) crede necessario una classificazione provvisoria sulla rassomiglianza degli stipiti;

8) rispetto all'*actinomicesi classica* l'O. espone i resultati delle sue esperienze in grandi animali.

Contributo allo studio delle proprietà del tetracloruro di carbonio e le sue applicazioni.

G. GORI. — Il tetracloruro di carbonio è stato studiato da vari autori nelle sue proprietà fisiche e chimiche, ed è stato preso in considerazione come ottimo solvente dei grassi e proposto per la estrazione dei medesimi dalle materie prime. Ha notevoli applicazioni nel campo delle industrie e per l'analisi chimica.

Anche nell'arte medica può trovare efficace e conveniente applicazione per la *tintura di iodio* 1-2 %, per uso esterno, in sostituzione della *benzina iodata*, o della soluzione alcoolica oggi arrivata ad un prezzo proibitivo.

Inoltre può benissimo sostituire il *cloroformio* nella preparazione della *traumaticina* che costituisce il veicolo dell'acido crisofanico, adoperato in *dermatologia*.

Come vermicida è raccomandato da Hall contro i Nematodi, *Ascaris lombricoides e Uncinaria duodenalis*, mentre secondo questo O. non avrebbe effetto sui Cestodi (Tenia).

In fine l'O. ha studiato l'attività narcotica del *tetra*, che i più ritengono simile a quella del cloroformio e lo propongono per l'anestesia, ma le esperienze compiute su cavie e la sua esperienza personale lo autorizzano a dichiarare che il potere narcotico del *tetra* è di gran lunga inferiore a quello del cloroformio.

F. SIMONELLI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Adunanza del 3 settembre 1922.

La simbiosi fisiologica e la medicina.

U. PIERANTONI. — L'O. parte dalle ricerche proprie, confermate oggi ampiamente, le quali hanno dimostrato che gli organi di molti animali inferiori debbono la loro particolare funzione non a speciali attività delle cellule che li costituiscono, ma al fatto che entro il plasma di queste risiedono miriadi di microrganismi (blastomiceti, batterii)) che vivendo, moltiplicandosi ed esplicando la loro attività specifica determinano l'attività funzionale dell'organo stesso.

Nell'ampia letteratura dell'argomento va assumendo di giorno in giorno più grande importanza l'induzione che l'attività digestiva sia la più rappresentata nel novero delle attività che questi organi simbiotici possono esplicare. È interessante avvertire che tale simbiosi è ereditaria, essendosi potuto seguire minuziosamente i microrganismi sia nel loro passaggio dall'organismo materno alle uova, sia nella loro storia durante la vita embrionale e nella loro specifica localizzazione nell'adulto. Perciò il fatto che nella simbiosi ereditaria si tratta di germi puramente fisiologici e non patogeni apre il campo ad altre osservazioni che potrebbero aver rapporto con la terapia.

I germi fisiologici delle simbiosi finora studiate sono tutti facilmente coltivabili. All'O. sembra che dovrebbero prendersi in considerazione, per possibili applicazioni terapeutiche, i microrganismi che contribuiscono alla funzione digestiva di speciali sostanze. Il concetto non è nuovo, ne è ignoto l'uso di microrganismi a questo scopo. L'O. intravvede che i blastomiceti dei vistosi organi simbiotici dei coccidii, con le speciali attività che esercitano sugli zuccheri e con la loro speciale qualità di germi normalmente viventi entro i tessuti di organismi, potrebbero forse dare efficaci risultati in possibili applicazioni terapiche nel caso del diabete e di altre malattie del ricambio organico. Ugualmente i microrganismi che con la loro presenza rendono possibile la digestione di sostanze altrimenti indigeribili potrebbero probabilmente rendere utili servigi se acconciamente coltivati e somministrati all'uomo sano ed ammalato. Uno studio delle attività specifiche, non ancora fatte oggetto d'indagine particolare, di questi microrganismi nelle culture, la loro ingestione od inoculazione negli organismi sani e malati potrebbe riservare le più interessanti e forse importanti scoperte. L'O. si augura che presto gli studiosi vogliano portare argomenti così interessanti dal campo delle ipotesi in quello delle applicazioni pratiche.

Cirrosi epatica in soggetto sofferente di cosidetto parkinsonismo postencefalitico.

ROSSI. — Riferisce brevemente sui reperti di necroscopia di un uomo ventinovenne, non luetico nè alcoolista, venuto a morte dopo tre anni e mezzo di una malattia la quale nel suo inizio e nel suo decorso, presentò i caratteri clinici della encefalite epidemica.

Al tavolo anatomico si trovò una cirrosi epatica progredita che dava al fegato l'aspetto macroscopico della cirrosi che si riscontra nel morbo di Wilson e nella pseudosclerosi. Con la cirrosi di queste forme quella del caso in esame aveva anche comune il carattere di non avere dato sintomi apprezzabili in vita e di essere accompagnata da notevole aumento di volume della milza.

Poichè tra morbo di Wilson, pseudosclerosi e sindromi tardive della encefalite vi sono indubbie affinità cliniche, e molti AA. tendono ad assegnare alle lesioni che sostengono queste sindromi la stessa topografia principale, l'O., in attesa di poter condurre a termine il lungo studio microscopico necessario a chiarire questo reperto nel suo significato clinico, crede opportuno di segnalarlo agli studiosi.

S. DE BENEDETTI.

Ospedali Civili di Brescia.

Sedute dei giorni 8, 15 e 22 giugno.
Presiede il prof. CAMPANI.

Dott. RANZOLI GUIDO. — Riferisce intorno a un caso di *leucemia mieloide acuta subleucemica* verificatasi in donna quarantenne, durato circa sessanta giorni e decorso fino all'esito con i sintomi della diatesi emorragica acuta.

L'esame del sangue fino a 15 giorni dalla morte diede un numero di leucociti intorno ai 5 mila per mmc., con una percentuale del 40 di elementi a tipo embrionale (emocitoblasti e mieloblasti, mielociti): seguì una fase subleucemica con 22-25,000 elementi per mmc. di cui l'87 per cento di elementi a tipo embrionale. Di questi più della metà a tipo nettamente emocitoblastico.

All'autopsia assai scarsamente fu riscontrata la trasformazione embrionale del midollo osseo, e questo limitatamente ad alcune ossa corte: sterno e vertebre; mentre estesa metaplasia mieloide venne rilevata nella milza o parzialmente, nel rene e nel fegato.

Messi in evidenza i caratteri clinici differenziali dalle sindromi emopatiche primitve e riferito l'esito negativo degli esami emoculturali per i tifi, i germi comuni delle setticemie, ecc., ecc., rimane il quadro clinico generale della malattia che ebbe l'andamento generale di un'infezione acuta.

Dott. ROSARIO CERUTI. — Riferisce su di un caso di *occlusione intestinale da membrane pericoliche* operato dal primario G. Amadoni con asportazione di una membrana a carattere infiammatorio che partendosi dal peritoneo parietale si fissava alla faccia anteriore del colon ascendente, strozzando per inginocchiamento il cieco. L'ammalato guarito perfettamente non aveva prima mai sofferto di disturbi gastro-enterici. La sindrome di occlusione era stata l'unico sintoma che detta membrana aveva determinato nell'infermo.

Dott. O. ALBERTI. — Riferisce su alcuni casi di una *rara affezione scheletrica del piede poco nota e non ancora descritta in Italia, diagnosticata con la radiografia*. Sono sei casi di «sindrome della seconda articolazione metatarso-falangea», quale venne per la prima volta descritta dal Kohler nel 1920. L'elemento più caratteristico ed importante della speciale forma morbosa — più ancora che dal quadro clinico — è offerto dal suo aspetto radiografico, e consiste in particolari alterazioni della metà distale del secondo metatarso (specialmente a carico della testa), della base della falange prossimale del secondo dito, e della interposta articolazone.

La questione della patogenesi è quanto mai complessa e difficile e l'O. vi porta il suo contributo con una propria ipotesi tendente a considerare la speciale forma morbosa non come forma a sè, ma facente parte di un vasto quadro, comprendente altre sindromi, quali quella di Cabrè-Perther per l'anca, di Schlatter per la tuberosità anteriore della tibia, del Kohler per lo scafoide del piede e così via.

Dott. O. CAVALLI. — Riferisce sopra due casi di *porpora addominale con singolare reperto ematologico* (policitemico). Sono due bambine rispettivamente di sette e nove anni. Non hanno nulla di notevole nè nell'anamnesi famigliare nè nella remota. Pare si sieno ammalate con malessere generale durato un giorno o due seguito da eruzione di petecchie da coliche e da vomito. Queste crisi si susseguirono ad intervalli di tempo irregolari, non mai sorpassanti però la settimana. In ambedue i casi l'esame del sangue dava un cospicuo aumento dei globuli rossi (come minimo 7,000,000; i globuli bianchi erano 15,000). Questo aumento cresceva ancora durante le crisi tanto che i rossi raggiungevano il numero di 9,500,000, i bianchi di 34,000 con notevole piastrinosi. La formula leucocitaria non ha mai mostrato elementi immaturi della serie rossa nè bianca, ma solo un aumento di neutrofili (granulociti) dopo le crisi. La milza non è mai stata palpabile, il fegato nemmeno. Durante le crisi poi si aveva in ambedue le bambine notevole sedimento di fosfati, ma maggiormente di carbonati nelle orine, che nel rimanente erano negative. Le feci erano miste a sangue.

La bambina di sette anni, dopo l'uscita, ed a ben 4 mesi da questa, ebbe solo di tanto in tanto dolori leggeri all'addome pur presentando ancora un notevole aumento nei globuli sanguigni e nelle piastrine.

Prof. RIZZARDO SECCHI. — Riferisce sopra *alcuni casi creduti di febbre miliare* (acariasi da grano?) L'O. ebbe occasione di osservare nella provincia di Brescia, durante l'autunno 1921 una speciale forma eruttiva caratterizzata da numerose piccole papule rosse su fondo eritematoso alcune delle quali si trasformavano in vescicole miliariformi a contenuto sieroso torbido. I caratteri più comuni dell'eruzione erano: inizio improvviso senza prodromi; prime manifestazioni pruriginose ed urenti alla parte posteriore del collo e alle braccia con estensione successiva a tutto il corpo, raramente febbre, qualche volta anche alta e in tal caso della durata di 8-10 giorni; disquamazione e recidive eruttive, permanenza a lungo di macchie rosso-livide; sudorazione non eccessiva. Tale malattia colpì spesso tutti i membri della stessa famiglia.

L'O. discute la diagnosi prendendo in esame oltre il vaiolo il cosidetto *erythema papulatum diffusum*, l'eritema essudativo grave del Bignami (1911), la febbre eruttiva descritta da Carducci nel 1920, la febbre miliare ricomparsa recentemente in Italia e segnalata da Scoccia e Scelba e finalmente l'acariasi da grano. L'O. ritiene che i casi da lui veduti sieno da ascriversi all'ultima forma, non solo per le note cliniche, ma anche pel fatto che a Leno, uno dei maggiori centri della curiosa malattia, vi era ovunque grano fermentato e pieno di tignole. Ora è noto che l'*acarus ventricosus*, parassita di detto lepidottero, è capace di provocare una malattia cutanea coi caratteri di quella descritta.

Dott. ROSARIO CERUTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La linea bianca cutanea detta surrenale.

(SÉZARY. *Annales de Médecine*, maggio 1922).

Nel 1904 E. Sergent descrisse come caratteristica della sindrome d'insufficienza surrenale la linea bianca provocata dallo strisciamento superficiale di un oggetto smusso sui tegumenti addominali. Essa non compare subito, raggiunge la massima evidenza in un minuto circa, poi si attenua lentamente. Occorre cercarla sul malato da qualche tempo a riposo in letto, che non abbia recentemente subito applicazioni calde o fredde sull'addome. Se vi preme troppo si ha una linea rossa fiancheggiata da due linee bianche che confluiscono: premendo ancor più si ha una linea rossa persistente.

Il valore di questo segno è stato molto discusso. Ammesso come tipico della forma pseudomeningitica d'insufficienza surrenale, fu poi trovato in semplici casi di abbassamento della pressione arteriosa minima, da qualunque causa.

Leclerc, L. Bernard, De Massary, Kay e Brook, lo hanno trovato nel 60 % circa dei più vari soggetti, sani o malati, e lo considerano un disturbo vasomotorio banale. A questi si associa l'A. che ha compiuto larghissime ricerche in proposito. Egli ha riscontrato la linea bianca nel 60-90 % dei soggetti, sani o malati. Distingue un tipo di linea bianca, netto, e persistente da 4 a 10 minuti, ed un secondo tipo, più pallido, visibile solo in penombra, più labile.

La linea mancava nei magri, astenici, nevropatici, nei vecchi, nelle gravide, negli ascitici, ecc. Col controllo anatomo-patologico l'A. vide che la linea bianca può esistere con surreni sani, con ipertensione arteriosa da arteriosclerosi, ecc.

La linea bianca fu scoperta da Marey nel 1858; Vulpian ne discusse la patogenesi concludendo che la lentezza della sua produzione parla piuttosto per un riflesso nervoso che per una contrazione idiomuscolare della tunica delle arteriole: la linea si può osservare su qualunque parte del corpo. Fu osservata sul cadavere poco tempo dopo la morte. Del resto Vulpian ha constatato la contrattilità vascolare sul fegato e sul rene di vari animali oltre 24 ore dopo la morte. Pertanto, secondo l'A., va tenuto conto nella patogenesi di entrambi i fattori: carattere della contrattilità idiomuscolare dei piccoli vasi cutanei, legati indubbiamente allo stato umorale del soggetto: tono dell'apparecchio riflesso nervoso. Ciò spiega la diversità di reazione da soggetto a soggetto.

L'A. ricorda pure, di passaggio, che alla linea bianca fu data speciale importanza da Bäumler nel dermotifo, e che fu perfino considerata come un segno di gravidanza.

DORIA.

CASISTICA E TERAPIA.

Alcune nozioni recenti sull'eritema nodoso.

L'eritema nodoso, dermatite contusiforme, urticaria tuberosa (Barthélemy: *Gazette des hôpitaux*, 1922, n. 41) è un'affezione a sintomi iniziali generali, seguiti da sintomi locali sotto forma di eruzione di nodi, di rossore variabile, arrotondati od ellittici, duri, dolenti talora spontaneamente, sempre alla pressione, succedentisi a poussées, per tre, sei settimane. Complicazioni sono rare; istologicamente si tratta di dermite infiammatoria acuta, con reperti da far pensare ad embolie di microbi.

Recenti lavori hanno mostrato nell'eritema nodoso i germi più diversi, e fra essi il bacillo di Koch ed il treponema con la biopsia, altri germi con l'emocultura.

Esiste dunque un eritema nodoso tubercolare, come del resto era stato preveduto dalla clinica e dal laboratorio, ma altre possono essere le cause etiologiche dell'affezione in discorso. Fin da una quindicina di anni fa, Chauffard, Roger, Sacquépée, ecc., avevano ritrovato nel sangue di tali malati l'enterococco, il tetrageno, il pneumococco, Rosenow un bacillo difteroide, polimorfo, Fischl il treponema, Massini uno spirochete differente dal treponema. Inoltre già da lungo tempo si riconosceva l'eritema nodoso nella lebbra, nella blenorragia.

Clinicamente si è visto l'eritema nodoso comportarsi come una malattia epidemica e contagiosa.

Sembra dunque alla luce delle moderne ricerche che si possa affermare esistere un eritema nodoso sindromico, causato per lo meno da due affezioni, dalla tubercolosi e dalla sifilide poichè l'agente etiologico di queste due affezioni è stato ritrovato nei noduli. L'eritema nodoso come malattia univoca e costantemente monomicrobica deve essere scartata: aggiungiamo che è molto probabile che numerose infezioni sono alla base dell'eritema nodoso, poichè l'emocultura è stata così frequen-

temente positiva per i più diversi agenti patogeni.

Questo per la differenziazione patogenetica: per la differenziazione clinica Sacquépée e Loiseleur, mostrarono essere caratteristici per l'eritema nodoso enterococcico le artralgie; i disturbi digestivi, nell'eritema nodoso streptococcico. Stokes per quest'ultimo dava i seguenti caratteri: noduli voluminosi fortemente emorragici, tesi, edematosi con limiti diffusi, con sede presso le grandi articolazioni ed alla faccia anteriore delle coscie e gambe, ecc. Ad onta di tali fallaci caratteri, l'entità clinica dell'eritema nodoso sembra debba essere conservata: una riserva va fatta per alcuni eritemi nodosi curabili in modo veramente straordinario con l'ioduro di potassio. Quello che noi dobbiamo dunque ritenere per acquisito è che l'eritema nodoso merita molto di meno l'epiteto di essenziale. Dobbiamo considerare questo come un modo di reazione generale, dei tegumenti a diverse tossine microbiche o non, e che, in questo secondo caso non saremmo forzati a ritrovare nelle lesioni la presenza di corpi microbici. Il paragone degli eritemi nodosi con le roseole ci dà una buona idea della questione.

MONTELEONE.

Sopra un caso di neurofibromatosi.

Si tratta di un bambino undicenne, nel quale si era constatata fin dalla nascita una pigmentazione sottomammaria ad estensione progressiva. (Souques, Alajonanine, Lermojez, Bertrand. *Annales de Medicine*, maggio 1922). Egli presentava, sotto una melanodermia a topografia intercostale, dei cordoni nervosi ispessiti, moniliformi, qua e là intricati, che davano la speciale sensazione di nevroma plessiforme. L'interesse del caso consiste nella localizzazione intercostale, simmetrica, e nella sovrapposizione assoluta delle lesioni cutanee e nervose: la loro coesistenza ha fatto stabilire la diagnosi di neurofibromatosi, mentre fu esclusa una nevrite ipertrofica mancando ogni disturbo del sistema nervoso.

Praticata la biopsia, il frammento estratto aveva in sezione aspetto gelatinoso, e nel formolo al 20 % si dissociava in fascetti alla lor volta moniliformi, mostrando così che la lesione elementare, come già vide P. Marie, è fascicolare e non tronculare.

L'esame istologico dimostra i rigonfiamenti costituiti da iperplasia dell'endonervio, con abbondante edema, e da un reticolo di guaine di Schwann, generalmente sprovviste di fibre nervose. Vi è qualche fibra mielinica, con la guaina di mielina in via di degenerazione. Il fascicolo di fibre mielinizzate normali traversa i rigonfiamenti ora raccolto ed ora dissociato variamente: talvolta vi si trovano ammassi di cellule rotonde perfettamente simili a quelle dei focolai flogistici.

L'aspetto macroscopico (simile a gelatina nelle sezioni) e microscopico potrebbe ricordare la nevrite familiare ipertrofica, ma è decisiva la mancanza di ogni accenno di Schwannite primitiva, e la nessuna alterazione del tessuto di sostegno del fascetto mielinizzato principale, di fibre nervose normali.

DORIA.

Noduli vaccinali dell' uomo e afta epizootica umana.

Il dott. Mariani (*Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, fasc. IV, 1921) rileva che, oltre all'inoculazione del vaccino all'uomo a scopo profilattico si può avere un contagio vaccinico accidentale dall'animale all'uomo e molti sono i casi citati nella letteratura dei quali i più interessanti l'autore ricorda pur ammettendo che le conoscenze sul vaccino umano, sulle sue manifestazioni anatomiche e cliniche, ed infine sui suoi rapporti con le affezioni affini siano poche ed incomplete. Riassumendo le manifestazioni a cui può dar luogo il virus vaccinico portato sulla cute umana direttamente dalle lesioni degli animali, od innestato da uomo a uomo, o sulla cute dello stesso individuo per autoinoculazione, descrive gli svariati aspetti delle lesioni vacciniche concludendo che non è comune vedere riprodursi fedelmente il quadro classico delle manifestazioni vacciniche ed anche vaiolose, da innesto, e ciò in rapporto con modalità di reazione estremamente variabili da individuo ad individuo e da sede a sede. Trattate quindi le alterazioni cellulari nella pustola vaiolosa e vaccinica osserva come gli esami istologici dei casi di lesioni vacciniche contratte direttamente dagli animali, siano ben pochi e sommari, quelli che corrispondono a forme nodulari vaccinali forniscono dati assai diversi da quelli della classica pustola vaiolosa e vaccinica, e, a questo proposito, è molto interessante confrontare le manifestazioni vacciniche di origine animale nell'uomo con le forme che presentano i vari tipi di eruzione vaiolosa negli animali.

Passa in rivista le tre forme caratteristiche di vaiuolo animale, e cioè quello ovino, equino e bovino, e ne deduce un grande polimorfismo di manifestazioni. Per questo sono di diagnosi non sempre facile specie con forme simili che si possono presentare negli stessi animali spontaneamente od in seguito a trapianti; e preci-

samente colle manifestazioni dell'afta epizootica che, presentandosi di preferenza nei bovini può essere trasmessa direttamente o indirettamente ad altri animali ed allo stesso uomo. Esamina brevemente come si presenta l'affezione nei bovini per poi passare a descrivere il processo nell'uomo, ed accennando ai primi che trattarono l'argomento (dal Taberlicchi al Mantegazza), conclude come non sia sempre facile stabilire una giusta diagnosi fra vaccino ed afta.

Espone poi le osservazioni cliniche che ha potuto eseguire nel decorso di una piccola epidemia con manifestazioni cutanee assai caratteristiche; ne erano colpiti 18 soldati appartenenti al uno stesso parco buoi. Gli animali erano aftosi senza nessun dubbio, però l'A. non può escludere che ve ne potessero essere alcuni affetti da vaccino.

Gli infermi presentarono presso a poco un periodo d'incubazione di 5 giorni, dopo di che si ebbero fenomeni generali (stanchezza, malessere, brividi con leggera iperpiressia), ma in maniera lieve, seguiti dalle manifestazioni cutanee che nei primissimi stadi non poterono essere osservate dall'autore. I malati si sono sempre presentati a lui quando il processo aveva già raggiunto un certo grado di sviluppo; non ha mai osservato una forma veramente vescicolare o pustolosa, ma una infiltrazione ben delimitata, dapprima con tipo papuloso o nodulare puro, poi con tipo tutt'affatto speciale misto; papulo-pustoloso, nodulo-pustoloso, sempre però con prevalenza della infiltrazione sulla suppurazione. Come sedi di predilezione erano prese le dita, le mani, l'avambraccio, il mento, il naso; mucose perfettamente integre.

L'esame microscopico del secreto siero-ematico delle vescico-pustole ha dato costantemente una quantità di polinucleati a granulazioni acidofile.

Accanto alle manifestazioni sopraricordate l'A. ha osservato altre lesioni a tipo piodermitico localizzate in immediata vicinanza di quelle, ed eruzioni di forme pustolose, e bollose insorte a distanza di una settimana circa dalle primitive lesioni. Simili manifestazioni diffuse non sono state descritte, mai in rapporto all'infezione aftosa nell'uomo, e questo insieme al tipo papulo nodulare delle forme primitive fanno pensare ad una origine vaccinica più che aftosa; a ciò è anche portato l'autore dagli esami istologici assai interessanti con cui termina l'articolo.

RIVA.

Eruzioni cutanee da applicazione esterna di preparati salicilici.

Salol. Le eruzioni si osservavano assai spesso quando tale rimedio era tenuto in un certo pregio come antisettico. Sono caratterizzate da un eritema diffuso, su cui nascono moltissime vescicole fini, acuminate, a pareti resistenti: confluiscono poi in vere flittene, piene di sierosità citrina, le quali rompendosi non danno luogo a croste, come per l'eczema. L'eruzione è fortemente pruriginosa, e non tarda a diffondersi: cessa però pochi giorni dopo che il rimedio è stato sospeso.

Il salol ha pure goduto una certa fama come dentifricio: in molti individui, che ne fanno uso, si osserva alle commessure labiali una fessura, non profonda, ma spesso dolorosa: sulle labbra una macchia rossa che parte dalla commessura e si allarga dando poi un'eruzione ad aspetto eczematoso; talvolta, osservando tale eruzione in parecchi membri di una stessa famiglia, si è pensato a forme contagiose: in qualche caso, si è parlato di eczema costituzionale imponendo all'individuo delle cure termali inutili.

L'uso esterno del salol va dunque senz'altro escluso.

Salicilato di metile. Le eruzioni sono rare: si manifestano con estesi eritemi, scarse vescicole, notevole infiltrazione, che può durare delle settimane. Abbastanza frequenti, estese e gravi sono le dermiti provocate da una specialità dermatologica in cui entrano l'olio di cade ed il salicilato di metile.

Mesotan. L'etere metilossimetilico dell'acido salicilico è stato preconizzato come succedaneo del salicitato di metile, e, secondo quanto dice G. Thibierge (*Journ. des praticiens*, 24 giugno 1922), è stato abbandonato appunto per la frequenza e l'intensità delle eruzioni che esso determina.

Trattasi di solito di eritema acuto molto intenso che può rassomigliare all'eresipela od alla scarlattina; si associa la produzione di vescicole generalmente piccole confluenti, che possono rompersi, lasciando superfici gementi o croste, oppure disseccarsi, ed essere l'origine di una desquamazione persistente. Si ha sempre tumefazione della pelle, intenso prurito, sensazione di tensione e di bruciore intollerabile. L'eruzione può estendersi e generalizzarsi: compare alle prime unzioni oppure in seguito, dura anche un paio di mesi.

Monosalicilglicerina. Preconizzata anch'essa come succedaneo inodoro del salicilato di metile, entra nella proporzione del 20 % in un linimento preparato da una grande casa di

specialità farmaceutiche: anch'esso, nei soggetti predisposti, può essere causa di eruzioni intense.

Occorre dunque tener presente la possibilità di simili evenienze, proscrivere assolutamente il salol ed il mesotan ed essere prudenti col salicilato di metile e la monosalicilglicerina, tenendo comunque l'ammalato sotto sorveglianza. A tale uopo non sarà male ricordare che un farmacista per aver consigliato il mesotan ad un cliente che si lamentava dell'odore del salicilato di metile, venne chiamato in giudizio dal cliente, in cui si era sviluppata una grave ed ostinata eruzione e dovette sborsare una forte indennità. *fil.*

Il liquido di Lugol per via endovenosa nella tricofizia.

C. Maderna (*Riforma medica,* 3 luglio 1922) ha sperimentato questa cura, preconizzata da Ravaut sopra diversi infermi con sicosi e con tricofizia a forma eritemato-squamosa. Ha usato il liquido di Lugol nella sua forma originale (jodio g. 1, joduro di potassio g. 2, acqua distillata g. 300), a dosi progressivamente crescenti da 1 a 5 cmc., per le prime cinque iniezioni, e continuando con 5 cmc. fino alla decima iniezione; il liquido venne sempre diluito in dieci cmc. di acqua distillata sterile. Le iniezioni vennero praticate ogni 2-3 giorni; non sono mai riuscite dolorose, e non hanno determinato alcuna reazione nè locale, nè generale; dopo la prima, si è notata un'accentuazione dei sintomi clinici obbiettivi e subbiettivi (rossore, secrezione, prurito).

L'effetto terapeutico si esplicò in tempo tanto più breve, quanto più recente era l'infezione; a 5-10 giorni dall'inizio di questa, si ebbe la guarigione in 15-18 giorni con 7-8 iniezioni. Invece, quando la cura fu incominciata più tardi (16-20 giorni), occorsero 18-24 giorni e 12-14 iniezioni: comunque però la guarigione, sempre controllata dall'esame microscopico, si ebbe in tutti, senza nessun altro trattamento nè durante la cura, nè antecedentemente ad essa.

La risoluzione di queste forme si esplica in un tempo assai più breve che con la comune terapia: se in qualche caso essa non porta la guarigione assoluta, esplica però sempre una benefica azione sul processo, il quale cede rapidamente in seguito alle ordinarie cure locali. Non è stata osservata nessuna recidiva. *fil.*

Cura dei foruncoli dell'orecchio.

I foruncoli dell'orecchio sono determinati da infezione stafilococcica localizzata quasi sempre al meato uditivo. Provocano dolore parossistico, spontaneo che dall'orecchio si irradia alla testa e che aumenta con la pressione e quando il paziente mangia o parla. La intensità del dolore è sproporzionata con la piccolezza della tumefazione rossa, acuminata del foruncolo, che lo speculum rileva all'orificio o dentro il condotto uditivo esterno.

G. Laurens (*Presse Médicale,* 1922 n. 59) osserva che nella cura dei foruncoli dell'orecchio bisogna evitare tutte quelle pratiche che valgono ad aggravarlo. Le lavande, le iniezioni sono inefficaci, traumatizzano inutilmente l'orecchio, esaltano con il calore la virulenza dei germi e diffondono l'infezione. Le istillazioni di cocaina, di olio, di balsami, di laudano lasciano il tempo che trovano o peggio. Le incisioni precoci non fanno che aggiungere dolore a dolore.

Per ottenere vantaggi reali occorre combattere il dolore, circoscrivere il focolaio, evacuare il pus, prevenire le recidive.

Per ottenere il primo scopo occorre prescrivere aspirina; fare applicazioni di compresse umide calde rinnovate ogni ora cessando quando compaiono dermiti o follicoliti; instillare alcool a 90° ogni ora riempendo il meato, trattenere l'alcool per cinque minuti e poi asciugare; toccare il foruncolo con ovatta imbevuta di una soluzione di 2 gr. di iodio e 5 gr. di acetone.

Per circoscrivere il focolaio si raccomanda al paziente di procedere alla pulizia delle orecchie cominciando da quello sano dopo accurato lavaggio delle mani.

Per evacuare il pus si incide il foruncolo con una punta di bisturi e si zaffa quindi con garza imbevuta di iodio; oppure quando il foruncolo è già aperto pulire il condotto otto o dieci volte al giorno con piccoli pezzi di garza imbevuti di alcool a 90°.

Per prevenire le recidive è consigliabile la instillazione mattina o sera per quindici giorni di alcool a 90° nel condotto uditivo; evitare la introduzione nell'orecchio di ogni corpo estraneo sia anche a scopo di pulizia; eliminare le cause di prurito che fanno portare le dita all'orecchio; eventualmente ricorrere alla vaccinoterapia.

DR.

Nel prurito vulvare.

Praticare lozioni con acetato di morfina cg. 50, acido cianidrico medicinale a 1/100 g. 10: glicerina g. 50; acqua g. 150. Spolverare poi la parte con talco, amido ana g. 10; ossido di zinco, sottonitrato di bismuto ana g. 5; acido salicilico cg. 20.

(*Journal des praticiens,* 1922, n. 11).

NOTE DI TECNICA.

Un metodo semplice per la dimostrazione di bacilli tubercolari in espettorato a reperto difficile.

Il metodo che Labarraque e Uhlenuth proposero per l'arricchimento degli espettorati bacilliferi con l'antiformina, determina la dissoluzione di bacilli di recente sviluppo e il danneggiamento della colorazione specifica di molti altri, sicchè la ricerca dei bacilli diviene ancor più difficile.

Il prof. Pane (*La Riforma medica*, n. 14, 1922) crede perciò opportuno rendere noto un processo adoperato da diverso tempo, in cui si ha un addensamento dei bacilli esistenti senza andare incontro a diminuzione di sorta di essi.

L'espettorato sospetto si pone in una scatola di vetro sterile, vi si aggiunge il quadruplo volume di acqua fisiologica sterile, e si lascia alla temperatura di 37° per 24 ore. Il muco e le cellule vengono fluidificati dagli enzimi proteolitici prodotti dai microbi accessori, si centrifuga ed eliminato il liquido ricco di sostanze organiche che perturbano il preparato, si svelano i bacilli tubercolari con i comuni metodi di colorazione. MONTELEONE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1351) *Traumatologia.* — All'abb. n. 9169:

Ritengo che il trattato di Traumatologia generale più consigliabile resti sempre il Lejars (*Chirurgie d'urgence*), del quale è stata di recente pubblicata la VIII edizione.

R. DALLA VEDOVA.

(1352) *Aneurisma aortico, arterosclerosi, dolori costrittivi addominali.* — Al dott. P. da C. abb. n. 7756:

I dolori costrittivi possono essere in rapporto con una grave aterosclerosi dell'aorta discendente e con stenosi degli orifizi delle arterie che da essa derivano. Ma trattandosi di soggetti portatori di aneurisma aortico bisogna ben distinguere quanto nella sindrome può influire una infezione luetica, causa costante degli aneurismi non traumatici. Questa netta distinzione diagnostica indica la via curativa, che consiste nel riposo nel primo caso (aterosclerosi, con stenosi degli orifizî), in una terapia specifica nel secondo (infezione luetica).

t. p.

(1353) *Tifo complicato a lesione renale con enterorragie.* — Al dott. F. A. B., Nicotera:

Nessuna controindicazione all'uso della vescica di ghiaccio sull'addome, in caso di tifo complicato a nefrosi, quando insorga una enterorragia. *t. p.*

(1354) *Vaccini antitifici e antiparatifici.* — Al dott. T. S., abb. n. 8398:

Più volte e anche recentemente abbiamo risposto a proposito della vaccinoterapia nelle malattie da infezioni e nei tifi e paratifi in particolare. I pericoli sono legati solo all'uso dei vaccini per via endovenosa; nessun pericolo vero all'uso dei vaccini per via intramuscolare, purchè dosi e tregue di riposo siano rispettate. Ma i vantaggi specifici sull'andamento della malattia trovano discordi i vari osservatori, perchè purtroppo per suo conto la malattia ha una gamma di variabilità di decorso e di gravità, che, se una oculata comparazione non si fa, si passa il rischio di attribuire al vaccino quello che è l'effetto del naturale andamento delle cose. *t. p.*

VARIA

La vita universitaria italiana giudicata in Germania.

Sulla « Deutsche medizin. Wochenschrift » dell'11 agosto 1922 il dott. W. Hansberg di Dortmund, in uno studio sull'insegnamento medico dei vari paesi, così si esprime riguardo alle scuole italiane: « Lo studio dura in Italia sei anni. L'anno scolastico ufficiale comincia il 4 novembre e si chiude a metà luglio. Le lezioni però cessano alla fine di maggio o al principio di giugno, perchè gli studenti debbono prepararsi agli esami che hanno luogo per solito alla fine di giugno e alla seconda metà di ottobre. Durante l'anno scolastico non vi sono esami. In effetto le ferie sono molto più lunghe, poichè per Natale, Pasqua, Carnevale e Quaresima si fanno da 15 fino a 20 giorni di vacanze, le quali vengono strappate dagli studenti col terrore (die durch den Terror der Studierenden erzwungen werden (!). Perciò i periodi delle lezioni vengono molto ridotti, ciò che gli studenti desiderano assai, perchè in tal modo diminuisce la materia da presentare agli esami, sebbene le esigenze dell'esame che ha luogo ogni anno non sieno mai molto considerevoli. Di fatto le ferie durano dal 1° luglio al 15 ottobre... La libertà d'insegnamento è assai grande, poichè ogni docente insegna quello che vuole. Gli istituti scientifici sono molto numerosi e provvisti ». Esatto no, ma neppur falso...

(Dal *Giorn. di Clin. Med.*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La celebrazione del medico caduto in guerra.

La quadruplice centuria eroica dei medici morti sui campi di battaglia avrà la sua glorificazione nel 1923 e sarà questa una nobile ed alta manifestazione degna del più umano degli eroi della nostra guerra.

I tre riti, umano, civile e patriottico, si fonderanno in una sola celebrazione nazionale e sarà questa una vera apoteosi.

IL MONUMENTO:

« Piccolo di mole, ma ricco di alto contenuto umano », sarà opera materiata di fede e di passione dello scultore Arrigo Minerbi », l'autore del celebre trittico del « Battisti » e della « Vittoria al Piave ».

Esso sarà di metri 4×4, in bronzo e pietra di Verona. È composto di una stele funeraria su cui è appesa una lampada spenta. Intorno ad essa vi sono tre figure in bronzo e sedici lastre tombali.

Ecco come lo stesso scultore commenta la sua opera:

« Il Medico »

..... *che tra raffiche di morte riaccende la vi-*« *ta* »...., così dice il proclama del Comitato « ordinatore per la Celebrazione del Medico ca- « duto in guerra.

« Ed ecco, io raccolgo l'umile, eroica, silen- « ziosa lampada del medico caduto, e l'appen- « do spenta a una stele.

« Un gorgoglio, un gocciolio, e il beccuccio « che portava la fiamma, porta ora un rivo « d'acqua perenne: la vita.

« Intorno alla vasca, semplice primitiva, nu- « da di modanature e rilievi, il pavimento a « grandi lastre massiccie è diviso in 16 pietre tombali.

« Ogni regione d'Italia dice i suoi morti. Una « legione dunque che ritorna, inquadrata per « regioni, dalle trincee, dagli ospedali, dall'e- « silio, e dalla prigionia. Sulla stele la parola « che il Poeta voleva, sola, sulla tomba del « Milite Ignoto: « Resurgo ».

« È alla Fonte che parla di sacrificio e di « martirio oscuro e purissimo, convengono i « risorti, i convalescenti reduci dalle trincee « e dai campi di concentramento, coloro che « videro coi loro occhi mortali, e mai dimen- « ticheranno, il Medico, lo Scienziato, l'Uomo, « al diuturno assillante, estenuante lavoro. Co- « loro che hanno sentito nella carne martoria- « ta, il lenimento e il conforto, e nelle vene « esauste ritornare la vita.

« Ed ecco nei due, avvolti nel lenzuolo come « in un sudario, la rievocazione della bolgia « infernale e della tragedia sublime. Parla « l'uno e le gambe gli si piegano sotto, ascolta « impietrito l'altro.

« La tragedia è tra questi due che ardono « in tumulto, tra questi due che hanno vis- « suto il fango e la gloria, e l'altro, il terzo, « silenzioso accasciato inerte, colle palpebre « serrate intento al chioccolio della fonte e al « ritmico pulsare del suo sangue nuovo.

« Il medico morto, non c'è in effigge ma è « presente, è qui tutto, anima e azione, vita e « sacrificio.

« Sacrificio e azione che non si potevano « compendiare in un gesto traducibile in for- « ma plastica, senza menomarne la infinita « Bellezza. Gesto che solo è possibile invece « riassumere con una parola: Amore ».

INTERVISTA CON GABRIELE D'ANNUNZIO.

Il Poeta ha ricevuto in questi giorni il dottor Bocchetti, Segretario generale del Comitato, e il dott. Della Seta, rappresentante i medici civili e lo scultore. Egli ha giudicato il bozzetto del monumento: « opera veramente italica, di alta e nobile concezione, in cui l'artista ha saputo dare all'eroismo la luce della pietà ».

Gabriele D'Annunzio detterà l'iscrizione, invierà in questi giorni un messaggio con il suo pensiero « sul Medico Caduto in Guerra » e scriverà la prefazione all'Albo d'oro che si pubblicherà d'accordo con la Federazione degli Ordini dei Medici.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

SOTTOSCRIZIONE.

Gen. Della Valle	L.	500
Gen. Santucci	»	200
Magg. Rinaldi	»	100
Prof. Dominici	»	150
Col. Paolini	»	150
Cap. Bocchetti	»	100
Ten. Pultrone	»	100
Dott. Cardarelli	»	100
Prof. Colangeli	»	100
Prof. Simonetta	»	500
Magg. Pellegrini	»	100
Col. Santoro	»	120
Prof. Cirincione	»	100
Dott. Ciaccio	»	50
Dott. Della Seta	»	100
A riportare	L.	2,470

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9682) *Congedi.* — Dott. A. C. da S. L. in C. — I mesi di congedo non goduti a tempo, sono perduti, non potendosi cumulare in un solo anno solare tutti i mesi di congedo arretrati. La mancata risposta alle sue lettere non significa adesione alla domanda; essendosi dovuto far correre, se mai, un regolare atto di diffida giudiziaria. Crediamo, che se le condizioni locali lo permetteranno, la sua proposta possa essere accolta. Su di essa devesi pronunziare il Consiglio Comunale e non la Giunta.

(9683) *Pensioni.* — Dott. N. Z. da C. — Inscrivendosi ora alla Cassa di previdenza non è possibile riscattare i dieci anni di servizio già fatti.

(9684) *Tariffa medica.* — Dott. V. R. da M. — In mancanza della tariffa concordata, il medico condotto può servirsi di quella vigente per la Provincia.

(9685) *Soppressione di condotta.* — Dott. G. M. da P. — Deve lasciare il posto quel medico, di cui si sopprime la condotta, sia primo sia secondo. Certo, è più legittimo licenziare quel sanitario che ha minori anni di servizio, al quale è bene applicabile l'art. 57 del regolamento organico degli impiegati e dei salariati comunali, in quanto che la soppressione di una condotta altro non è che una riduzione o soppressione di posto. I due anni e mezzo si considerano come passati in servizio e, per ciò, sono pagati epicraticamente. Non vi è per la soppressione, che è considerata, come caso di forza maggiore, luogo ad alcun indennizzo.

(9686) *Contributo pro Convitto orfani Perugia.* — Dott. T. B. da G. — Anche il medico interino è obbligato a pagare il contributo stabilito per il mantenimento del Convitto degli orfani dei sanitari in Perugia, in base all'art. 1° del Regolamento approvato con R. D. 17 marzo 1917, n. 1058.

(9687) *Pensioni.* — Dott. A. De M. da ?. — Sulle L. 2161.47 di pensione, che ora ha, avrà con la nuova legge l'aumento di L. 1080.70, meno L. 402, che rappresenta l'aumento di pensione che, a suo tempo, liquidò per il maggior contributo pagato per 10 anni, e che non è computato nella liquidazione della novella pensione.

(9689) *Libretto ammissione lavoro - Relazione sanitaria.* — Dott. V. Z. da B. — Il libretto sanitario prescritto per il lavoro delle donne e dei fanciulli deve essere rilasciato gratuitamente anche a coloro che non sono inscritti nell'elenco dei poveri. La domanda per apertura di osterie è presentata nell'interesse privato, epperò deve essere pagato il rilascio della dichiarazione igienica.

(9691) *Tassa esercizii - Pensioni.* — Dott. F. F. da A. — È soggetto alla tassa esercizii come libero esercente. Come medico condotto, ed in proporzione allo stipendio, che all'uopo riceve, non vi è soggetto. Il contributo pagato dal Comune durante la guerra per suo conto, deve essere rimborsato, tranne che il Municipio non abbia inteso farle un favore. Aspetti la richiesta. Come Ella dice, la Cassa è stata soddisfatta e perciò quegli anni sono utili per la pensione.

DOCTOR JUSTITIA.

Servizio medico-militare. — All'abb. n. 4418 (1): Tutte le questioni che riguardano assegni od indennità da pagarsi da parte dell'Amministrazione Militare debbono essere rivolti in carta bollata da due lire al Ministero della Guerra - Direzione Generale Servizi Logistici ed Amministrativi - Divisione assegni.

M. G.

Concorsi. — All'abb. n. 8536 (1), Torre de' Passeri:

Legga l'articolo pubblicato nel fasc. precedente sotto il titolo «La nostra rubrica dei concorsi».

L. P.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di ufficiale sanitario per 11 comuni (v. fasc. 29) è prorogata alle ore 12 del 30 nov.

COLLALTO (*Perugia*). — Consorzio con Collegiove e Nespolo. Scadenza 30 ott. L. 8000; addiz. per ogni povero oltre i 1000 L. 5; doppio c.-v.; inden. disagiata residenza e resid. povera L. 3000; inden. cavalc. L. 4000; uff. san. L. 500.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'uff. d'igiene nel comune di Prato in Toscana. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

GREVE (*Firenze*). — Scad. 31 ott.; due cond. per Panzano e Lucolana; L. 6000 e due caro-viveri; 8 trienni ventes.; indennità cav. da stabilire anno per anno, purchè i medici mantengano effettivamente per conto proprio, un cavallo.

LUCCA. Scad. 31 ott. L. 6000 e 5 quinquenni decimo, L. 1000 trasp., due c.-v.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Scad. 10 nov. Vedi fasc. 42.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Scad. 31 ottobre. Quattro medici chirurgi assistenti interni; vedi fasc. 36.

OSTELLATO (*Ferrara*). — A tutto 30 ott. per San Giovanni; L. 7000, due c.-v.; L. 2000 cav. In corso modifica conformità capitolato modello. Ab. 1300 circa. Servizio entro 10 (*sic*) giorni.

PALERMO. *Sanatorio Popolare «V. Cervello».* Due medici assistent. Titoli ed esami. L. 6000, alloggio e vitto. Docum. alla Segreteria dell'Ufficio di Amministr. (via Divisi, 93, presso il R. Istituto d'Igiene). Chiedere annunzio.

PETRALIA SOPRANA (*Palermo*). — L. 5000 (*sic*) per 500 pov., c.-v., 5 quinquenni. Scad. 31 ott.

PORANO (*Perugia*). — Scad. 30 ott. L. 6000 per 1000 pov., L. 1000 di resid. povera se abbienti meno di 300, L. 1000 trasporto in campagna, L. 200 (*sic*) uff. san. e arm. farm., tre quinq. decimo.

RACCOLANA (*Udine*). — Scad. 31 ott. L. 6000 e tre quinq. decimo, doppio c.-v., L. 2000 ovv. L. 1000 quale mezzo trasp., L. 500 se uff. san.

RONCOFREDDO (*Forlì*). — Scad. 31 ott. 2ª cond.; L. 8500 e 10 bienni ventes., L. 2500 cav., due c.-v.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

ROMA. *R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica dell'Università.* — Aiuto effettivo; vedi fascic. 41. Scad. 30 nov.

RUVIANO *(Caserta).* — Scadenza 31 ottobre. Età limite 40. Stipendio L. 6000; indenn. cav. L. 1800; per uff. san. L. 200.

SASSOCORVARO *(Pesaro-Urbino).* — Proroga a tutto 31 ott.; due cond. L. 7000 per 500 pov.; L. 1000 disag. res., L. 3 addizion., L. 1200 c.-v.; alla 1ª cond. è annessa direz. Osped., L. 2000; alla 2ª cond. serv. uff. san. L. 400, e L. 3000 cavalc. equina. Biennio di assistentato medico o chirurgico o titoli equipollenti; per la 1ª cond. titoli chirurgici. Il Comune si riserva il diritto di non procedere alla nomina in caso di unico concorrente per condotta.

S. CASCIANO DEI BAGNI *(Siena).* — Scad. 30 nov.; 3ª cond., resid. a Palazzone, L. 6000 e 8 trienni ventesimo, L. 2000 trasp., c.-v.

S. ANATOLIA DI NARCO *(Perugia).* — Proroga 31 ottobre, ferme restando tutte le condizioni.

SERRA S. ABBONDIO *(Pesaro-Urbino).* — Scad. 30 ott.; L. 7000 per 500 pov., L. 3000 cav., L. 1500 disag. resid., L. 3 addizionali, due c.-v., L. 100 *(sic)* per uff. san. e arm. farm.

SPELLO *(Perugia).* — Scad. 30 ott.; per i pov. di Mirabello L. 6500 (in corso aum. a 7400), doppio c.-v., L. 2500 cav. (in corso aum. a 4000)

SPOLETO *(Perugia).* — A tutto 1° nov., condotta di campagna seconda sud, resid. in Strettura, ab. 3026; L. 6000, doppio caro-viv., L. 1800 obbl. cav. Età lim. 35.

TORRE S. MARIA *(Sondrio).* — A tutto 31 ott., consor. con Spriana, 2300 ab. L. 5250 elevabili dopo biennio prova a L. 6000, aumentabili di un decimo al compimento di ciascun quinquennio; L. 700 trasferte; L. 2000 cavalc.; L. 500 uff. san. Doppio c.-v.

VILLAFOCCHIARDO *(Torino).* — Condizioni capitolato. Scad. 31 ottobre.

L'annunzio pubblicato nel fasc. 35, p. 1156, dallo Spedale Civile di Padova, deve riferirsi ad un solo posto e non a due.

Medico-chirurgo provetto, lunga esperienza condotta, ospedali, titoli di perfezionamento, accetta interinato. Scrivere: Paolo Agostini, S. Eligio 2 - Roma (16).

Giovine medico accetterebbe assistentato in Cliniche private o Istituti sanitari. Scrivere: Franco Abba. Fermo posta - Roma.

Diffide.

Nuove diffide: Piani-Poggi e Torrazza (Porto Maurizio).

CONCORSI A PREMIO.

FIRENZE. *R. Istituto di Studi Superiori.* — Presso la Facoltà Medico-Chirurgica è aperto il concorso a un premio biennale *Francesco Dessy* di lire italiane duemila. Il premio verrà attribuito nell'attuale concorso a memoria che tratti: di *Anatomia* o di *Istologia normale*, o di *Fisiologia*, o di *Igiene*. Il concorso si chiude il 30 giugno 1923. Al premio possono concorrere medici-chirurgi di nazionalità italiana, laureati da non più di cinque anni. Le memorie presentate al concorso dovranno essere preparate ed eseguite in Italia. Le memorie, stampate o dattilografate, dovranno essere inviate al Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, via degli Alfani, n. 33, entro l'epoca sopra indicata. Il premio è unico ed indivisibile.

NOTIZIE DIVERSE.

XIX Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

La XIX riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia si terrà nei giorni 14-16 dicembre in Roma, nell'aula della R. Clinica Dermosifilopatica. La prima seduta avrà luogo il 14 dicembre alle ore 10. Si rivolge viva preghiera ai soci che desiderano fare comunicazioni, d'inviarne il titolo, con un breve riassunto, al segretario prof. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio, 69 - Roma (20), non più tardi del 10 novembre. Entro lo stesso termine improrogabile i soci che vorranno usufruire dei ribassi ferroviari, se questi saranno concessi, dovranno avvisarne il segretario.

Il XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana

che doveva tenersi a Roma nei giorni 26-28 di questo mese, è stato rinviato alla prossima primavera. La nuova data del Congresso sarà comunicata quanto prima a tutti i Soci ed aderenti con circolare a stampa.

Per l'incremento degli studi pediatrici.

In occasione del X Congresso di Pediatria tenuto a Milano il comm. Pietro Isnardi di Oneglia ed il sig. Felice Mantovani di Milano hanno elargito il primo L. 10 mila ed il secondo 50 mila per la fondazione di premi d'incoraggiamento ai migliori lavori di pediatria e per onorare la memoria del prof. Luigi Concetti.

Una delegazione francese visita le opere antitubercolari italiane.

Una Commissione composta di membri del Consiglio d'Igiene ed Assistenza sociale del Dipartimento della Senna ha visitato le opere antitubercolari dell'Italia superiore. La Commissione era composta dei dottori: Barthélemy Robaglia, presidente del Consiglio suddetto; Maurice Quentin, vice-presidente della 3ª Commissione; Deslandres, Calmes e Mounie, consiglieri generali; Guillon, direttore dell'Ufficio d'Igiene sociale; Barbizet, sotto direttore dell'Assistenza pubblica a Parigi; Tarrin, capo del Segretariato del Consiglio generale.

La Commissione ha limitato i suoi sopraluoghi alle città di Milano, Bologna e Torino; vicino Milano si è anche recata al Sanatorio di Cuasso al Monte, della C. R. I.

A Torino furono visitate la Casa del Sole, la Colonia Profilattica di Lucento, il Tubercolosario

di S. Luigi e da ultimo il Sanatorio «Birago di Vische», ove fu pôrto alla Missione un saluto dal prof. Guido Mendes, delegato della Presidenza generale della C. R. I.; rispose, per la missione, il dott. Quintin, che espresse compiacimento ed ammirazione per i progressi compiuti in Italia dalla lotta antitubercolare e manifestò il grato animo della Missione per le accoglienze ricevute.

Ufficiali Medici alle Cliniche Universitarie.

Per il prossimo anno accademico saranno inviati ufficiali medici in S. A. P. alle cliniche universitarie, agli Istituti scientifici del Regno ed a corsi di perfezionamento nei servizi igienico-profilattici presso la direzione generale della sanità pubblica; tale assegnazione sarà fatta per un anno, salvo al Ministero la facoltà di confermarla per un secondo e sarà limitata come segue:

1° Maggiori medici in s. a. p.: *a*) sei posti di assistente militare a corsi di perfezionamento nei servizi igienico-profilattici; *b*) due posti di assistente militare presso Istituti di anatomia patologica delle R. Università.

2° Maggiori medici o capitani medici in s. a. p.: *a*) sei posti di assistente militare presso cliniche chirurgiche delle R. Università; *b*) sei posti di assistente militare presso cliniche mediche delle R. Università; *c*) due posti di assistente militare presso Istituti d'igiene delle R. Università.

La sede della Cassa ammalati a Trieste occupata.

Il 9 corr. una squadra di azione composta di quaranta fascisti, si recò alla sede della Cassa distrettuale per ammalati e ne occupò gli uffici. Per tutto il giorno, alla Cassa ammalati, non funzionarono che gli ambulatori medici. Reparti di guardie regie accorsero subito e consigliarono gli occupanti di non provocare incidenti. Una Commissione di fascisti si è recata dal commissario civile ed è stata ricevuta dal vice commissario. I fascisti giustificarono l'occupazione con i risultati di un'inchiesta da essi compiuta sull'amministrazione della Cassa distrettuale che avrebbe dato risultati catastrofici per gli attuali dirigenti socialisti. Si sarebbe infatti assodato che la Cassa va verso il fallimento, che dal 1900 non presenta bilanci, che ha un *deficit* di oltre quattrocentomila lire e che vi sono innumerevoli irregolarità e sperperi.

Associazione Italiana tra Direttori Sanitari di Istituti Ospitalieri.

Riceviamo:

«Saremmo grati alla Redazione del *Policlinico* se volesse avere la cortesia di rettificare un piccolo equivoco apparso in uno degli ultimi numeri del giornale. E cioè: il prof. Luigi Baldassarri fa parte della Commissione per la revisione del Regolamento per i Salariati degli Ospitali e Manicomi, quale rappresentante ufficiale dell'Associazione tra Direttori, ma non è presidente di detta Commissione, siccome inesattamente fu pubblicato».

p. Il Presidente: Dott. PUGLIESI.

A ricordo di un martirio ignorato.

Con il due novembre si compie il quinto anniversario della morte del capitano medico GIULIO LOI, barbaramente trucidato dal nemico a Udine nell'anno 1917, il giorno dei morti (*).

Nel 1915 il dott. Loi, ufficiale medico subalterno, era stato richiamato dal congedo a Udine, e quindi mobilitato, e mandato con gli Alpini sulle montagne venete.

L'anno dopo, da capitano, veniva trasferito alla Terza Armata, e ai primi di autunno del 1916, ci si presentava a Mirano Veneto, nell'Ospedale di Tappa, dove noi eravamo giunti, d'ordine del generale medico in S. A. P., Lorenzo Bonomo.

Il capitano Loi, abbronzato, indurito al sole e ai ghiacci dell'alta Carnia, portò seco il senso del dovere fino alla abnegazione. Egli fu efficacissimo nella direzione della Unità sanitaria, che era costituita di sei edifici, con efficienza di ottocento letti, in periodico movimento di arrivi e sgombri. Compagno studioso, umile, in ore quiete, passeggiando per l'umbratile Mirano, tratto tratto sostava ai folti viali in letture preferite di oftalmoiatria.

Ma un desiderio nostalgico di rivedere Udine, dove viveva la veneranda sua madre, lo fece insistere per un trasferimento colà!

Per sua disgrazia, vi fu mandato l'anno dopo, d'autunno!

Nei giorni foschi del 1917, dopo Caporetto, all'imminente arrivo del nemico, quando i più si erano allontanati, Giulio Loi era rimasto nell'ospedale, al capezzale dei grandi invalidi. Rassicurato dalla coscienza del dovere, munito del bracciale della Croce di Ginevra, tra i gravi e i morenti, aspettò in una lunga e tormentante attesa il nemico. Era la mattina del 2 novembre, quando fece la consegna; e quindi uscì solo per le vie di Udine. S'incamminò per il vicolo Porta. Verso piazza Vittorio Emanuele si scontra in un branco eterogeneo di scellerati, ebri della cadùca vittoria. Era soldataglia austro-tedesca e croata. Aggredito si difende, chiama aiuto, ma è sopraffatto. Sanguinante, i ribaldi lo trascinano alla vicina caserma abbandonata dagli Alpini, e nello squallido cortile, a colpi di baionetta lo trucidano. Così finì Giulio Loi, presso la casa materna, immolato in odio alla madre comune.

A commento della fine gloriosa il generale medico comm. Francesco Della Valle, dal Ministero della Guerra, addì 6 luglio 1920, ne scriveva: «*È un altro esempio ignorato di eroico valore e di abnegazione; è un altro nome glorioso da scrivere nel martirologio del Corpo Sanitario Militare, che sempre e dovunque ha saputo ben meritare dalla Patria.....*».

Genova, 2 novembre 1922.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

(*) Ne fu poi dato cenno a Udine, nel giornale «La Patria del Friuli», il 16 dicembre 1919.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 30 Ottobre 1922** **Fasc. 44**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI
diretto dal prof. R. JEMMA.

La diagnosi della tubercolosi mediante la ricerca degli antigeni

del dott. IVO NASSO, assistente.

Per la diagnosi della tubercolosi hanno grande importanza i metodi biologici, che, com'è noto, tendono a dimostrare le diverse reazioni immunitarie suscitate nell'organismo dal processo infettivo.

Esse sono di natura umorale o di natura istogena. Le prime consistono nella presenza nel siero di sangue di agglutinine, precipitine, opsonine specifiche e sostanze devianti il complemento; le seconde risultano da speciali proprietà acquisite dai tessuti e si possono mettere in evidenza con le diverse reazioni alla tubercolina.

I risultati ottenuti con la siero-agglutinazione, con la determinazione dell'indice opsonico e anche con la deviazione del complemento, per quanto di alto valore scientifico, sono controversi e nella pratica non hanno corrisposto.

Le diverse reazioni alla tubercolina dimostrano soltanto la presenza di anticorpi specifici nell'organismo (ergine).

Queste reazioni, quando sono negative, se si eccettuano i casi di anergia, non possono far escludere l'infezione tubercolare, quando sono positive, non forniscono però dati sufficienti e non dànno un'esatta indicazione sull'attività di un focolaio tubercolare.

È vero che talvolta la reazione allergica suol essere più intensa negli individui affetti da tubercolosi attiva, ma la differenza di intensità è troppo poco costante per trarne delle conseguenze sicure.

Prescindendo dai casi rarissimi (io mi riferisco soltanto ai bambini) in cui si può dimostrare direttamente la presenza del bacillo di Koch, noi non avevamo dei mezzi biologici sicuri per diagnosticare una tubercolosi attiva in un organismo, quantunque le reazioni alla tubercolina abbiano nel bambino un'importanza straordinariamente più grande che nell'adulto.

Maragliano per primo intuì e riuscì a mettere in evidenza nel siero di sangue e nell'urina di individui tubercolotici febbricitanti delle sostanze tossiche specifiche, che iniettate a topi e a cavie, li uccidevano dopo pochi secondi. Queste ricerche furono confermate con la deviazione del complemento da Marmorek, Debré e Paraf e da altri.

Wildbolz recentemente ha tentato di dar valore pratico al principio del Maragliano, met-

tendo in evidenza, senza bisogno di un siero ricco di anticorpi, l'antigene tubercolare stesso (prodotti del ricambio e di scomposizione dei bacilli tubercolari) che si trova nell'urina di individui affetti da tubercolosi attiva. Un reperto positivo di questi antigeni nel sangue e nei secreti ci dà la sicurezza che nell'organismo vi è un focolaio tubercolare, che li elimina continuamente. È poco probabile anche teoreticamente che un focolaio tubercolare spento elimini ancora sostanze antigene e se anche piccole quantità rimangono ancora in circolo, senza la continua nuova immissione dal focolaio, queste finiscono certamente per sparire.

Per dimostrare queste sostanze antigene il Wildbolz ha proposto di concentrare al decimo del suo volume l'urina (altrimenti la quantità di antigene sarebbe troppo scarsa) e di iniettare 2-3 gocce di questa urina concentrata nel derma dello stesso individuo (*omouroreazione*).

Noi abbiamo semplificato il metodo originale: mettiamo 100 ccm. di urina presa sterilmente in una bacinella a fondo molto largo, la lasciamo in istufa a 60-65° C per circa 4 ore, dopo questo tempo l'urina è concentrata al decimo, col vantaggio che i sali rimangono in gran parte sul fondo della bacinella. La filtriamo poi attraverso un filtro pregno di soluzione fisiologica fenicata al 2 % e pratichiamo nel modo consueto l'intradermoreazione con 2-3 gocce dell'urina concentrata in modo da ottenere un pomfo del diametro di 3-4 mm. L'iniezione dell'urina concentrata riesce spesso dolorosa e produce bruciore per qualche minuto.

Al punto dell'iniezione dopo 36-48 ore, se si tratta di individui affetti da tubercolosi attiva, è evidente un'infiltrazione della cute circostante, accompagnata il più delle volte da un arrossamento più o meno intenso, dovuto probabilmente al forte contenuto di sali dell'urina. L'arrossamento non è specifico per la tubercolosi, bensì l'infiltrazione della cute al punte dell'iniezione. Qualche volta si vedono degli intensi arrossamenti senza che vi sia la più piccola infiltrazione: in questi casi è bene leggere la reazione sfiorando col dito il punto dove è stata praticata l'iniezione.

L'urina fu portata sempre al peso specifico di 1014, aggiungendo dell'acqua distillata o evaporando a bagno-maria, a seconda che il peso specifico era inferiore o superiore a questa cifra, per avere una concentrazione approssimativamente costante in rapporto al contenuto di sali.

Prima di praticare l'omouroreazione in bambini tubercolotici, abbiamo voluto saggiarla in 10 lattanti e in 10 bambini più grandetti esenti da tubercolosi e l'abbiamo riscontrata costantemente negativa.

Bambini che reagivano alla tubercolina, presentavano tutti una uroreazione negativa, se l'urina era d'individui sani.

Bambini esenti da tubercolosi non reagivano alle iniezioni di urina concentrata di individui tubercolotici.

Sono trascorsi appena due anni da quando Wildbolz propose questa nuova reazione e già esiste nella letteratura medica una numerosa serie di lavori di controllo. Dalla maggioranza degli autori la nuova reazione è salutata con entusiasmo e sono confermate le conclusioni di Wildbolz. (Lanz, Imhof, Bressel, Gramén, Liebhardt, Alexander, Eliasberg e Schiff, Kotzulla, Gibson, Bergen, Nasso, Cepulic, Grosjeau, Bosch, Schreiber, Lereboullet, Andreasch).

Altri invece, in numero molto minore, pur ammettendo la presenza di antigeni tubercolari, ritengono che il forte contenuto di sali disturbi la reazione (Reinecke, Offembacher, Weiss, Farago e Raudt, Levi, Frenkel, König, Schmid, Schoenborn, Besançon, Mathieu e P. Weil).

Gli AA. però che si sono occupati di queste ricerche nell'infanzia (Eliasberg e Schiff, Kotzulla, Andreasch e Nasso) confermano tutti le ricerche originali di Wildbolz.

Soltanto Alder che praticò l'omouroreazione in 40 lattanti, riferisce che questa riesce costantemente positiva anche nei lattanti sani probabilmente per una sensibilità della cute maggiore di quella dei bambini più grandetti e degli adulti. Egli riferisce inoltre di aver notato che la reazione nei lattanti produce quasi costantemente necrosi e febbre. Noi non abbiamo potuto vedere niente di tutto questo.

De Capite nella nostra Clinica sta ultimando queste ricerche sui lattanti e sui neonati: da queste è risultato che il lattante si comporta come il bambino più grandetto di fronte all'omouroreazione.

Di 12 neonati invece, 6 reagirono all'omouroreazione, ad un'iniezione intradermica di cloruro di sodio al 10 % o alla stessa tubercolina. La reazione nei neonati però non è stata mai così intensa come nei bambini tubercolotici con omouroreazione positiva. La reazione quindi ha scarso valore nel neonato e non è specifica come del resto non è specifica neanche la tubercolina.

Noi abbiamo praticato l'omouroreazione in 106 bambini affetti dalle forme più diverse di tubercolosi attiva e non attiva. Dei 106 bam-

bini 29 erano lattanti e 77 della 2ª e 3ª infanzia. La reazione diede esito positivo in tutti i bambini con tubercolosi in atto ed esito negativo in quelli che pur reagendo alla tubercolina non presentavano alcun sintoma clinico di malattia tubercolare. Fra i bambini del primo gruppo molti non reagivano più alla tubercolina, perchè in stato anergico o per cachessia o in seguito a un prolungato trattamento tubercolinico. In questi bambini abbiamo potuto fare la diagnosi di tubercolosi in atto, iniettando la loro urina in individui allergici.

In quasi tutti i casi nei bambini più grandetti e in tutti i lattanti abbiamo praticato contemporaneamente come controllo l'urina concentrata al decimo di un bambino sano. Questa reazione di controllo è stata sempre negativa.

In tutti i casi abbiamo praticato inoltre la intradermoreazione alla tubercolina al millesimo e al decimillesimo. Ciò è assolutamente necessario, perchè l'organismo eliminando con l'urina delle sostanze del tutto simili alla tubercolina, noi conoscendo la reazione allergica della cute per una quantità dosata di tubercolina, possiamo formarci un criterio esatto della quantità di antigene contenuta nella urina e trarne, se si ripete a distanza, delle deduzioni prognostiche.

Se escludiamo il neonato, nel quale del resto basterebbe anche una Pirquet positiva per ammettere una tubercolosi in atto, noi possiamo concludere che con questa reazione si può affermare con sicurezza se un individuo è affetto da tubercolosi attiva o meno. Ma questa reazione ci può rilevare l'attività di un processo tubercolare anche in un individuo anergico, che non reagisce più nè alla tubercolina nè all'omouroreazione, iniettando la sua urina concentrata al decimo in un individuo allergico. E forse proprio qui sta il grande valore della reazione. Quando le diverse reazioni alla tubercolina restano mute, molte volte il medico, pur sospettando una malattia tubercolare, non ha nessun dato sicuro per confermarla. In molti bambini anergici noi abbiamo potuto convalidare il concetto clinico in questo modo.

Se nell'urina di individui affetti da tubercolosi attiva è possibile dimostrare la presenza di sostanze antigene, è probabile che gli stessi antigeni si trovano anche nel sangue.

E analogamente all'urina praticammo col siero di sangue di ammalati di tubercolosi questa reazione (*omosieroreazione*).

Non riferisco per brevità tutte le ricerche preliminari per confermare la specificità della omosieroreazione. Dirò soltanto che corrisposero perfettamente a quelle dell'omouroreazione.

La tecnica è quanto mai semplice. Si prendono 5-6 ccm. di sangue dalla vena, si lasciano sierare in una provetta e poi si mette il siero in un vetrino da orologio in stufa a 60° per circa 4 ore in modo che il siero si riduca al decimo del volume. Il siero dopo questo procedimento si presenta un po' denso e vischioso. Poi si pratica l'intradermoreazione nello stesso modo con cui abbiamo praticata la omouroreazione.

Con questo metodo si ha il vantaggio di lavorare più sterilmente che con l'urina e quello di non aver mai un arrossamento dei tessuti circostanti. L'iniezione del siero non è dolorosa.

Noi l'abbiamo praticata in 30 bambini, tutti della 2ª e 3ª infanzia, e possiamo affermare che la omosieroreazione corrispose alla omouroreazione, di solito però la reazione non è così intensa.

Imhof e Leone con altri metodi di preparazione del siero hanno ottenuto gli stessi risultati.

Noi abbiamo iniziato delle ricerche per dimostrare la presenza di antigeni anche negli essudati.

De Simone ha praticato pure con buoni risultati l'intradermoreazione con sputi di individui tubercolotici.

Similmente come è stato ricercato l'antigene tubercolare nell'urina e nel siero di sangue di individui affetti da tubercolosi attiva, abbiamo pensato di ricercarlo nel liquido cefalo-rachidiano. La tecnica è la stessa di quella su descritta per le altre reazioni. Prima di concentrare il liquido cefalo-rachidiano al decimo del volume, lo facciamo centrifugare per circa 1 ora, affinchè gli elementi morfologici e bacillari rimangano al fondo della provetta. Concentriamo poi soltanto la parte sovrastante e pratichiamo l'intradermoreazione (*omoliquorreazione*).

L'abbiamo praticata in 15 bambini (7 con meningite tubercolare, 2 con tubercolosi miliare, 2 con forme attive di tubercolosi ghiandolare e 4 con sindromi meningee sospette).

Possiamo affermare che un'intensa intradermoreazione al liquido cefalo-rachidiano concentrato al decimo è patognomonica per la meningite tubercolare e per la tubercolosi miliare. Gli antigeni tubercolari devono essere presenti in grande quantità nel liquido cefalo-rachidiano di individui affetti da queste for-

me morbose. Se questi bambini erano già in stato di anergia, allora la reazione riusciva positiva in individui allergici.

Nelle altre forme anche attive di tubercolosi, la reazione riesce negativa, probabilmente per la scarsa quantità di antigeni nel liquido stesso. Questo comportamento accresce quindi il valore diagnostico della prova da noi proposta.

Da quello che ho brevemente esposto, risulta evidente la grande importanza della omouroreazione e della omosieroreazione per la diagnosi e forse anche per la prognosi di una tubercolosi in atto e quella dell'emoliquorreazione nelle forme di meningite tubercolare e di tubercolosi miliare.

Queste reazioni danno inoltre il grande vantaggio di poter dimostrare la presenza di antigeni tubercolari in individui anergici, iniettando la loro urina in altri allergici.

Con questi nuovi metodi si apre un nuovo e vasto orizzonte alla diagnosi della tubercolosi. Purtroppo però queste reazioni contrariamente a quelle della tubercolina non sono destinate ad entrare nella pratica perchè presuppongono un laboratorio fornito di tutti i mezzi e richiedono per le diverse reazioni di controllo la possibilità di praticarle in individui allergici.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA DELLA CROCE IN RAVENNA.
Direttore e primario dott. VITTORIO CHIUSOLI.

Accessi asmatici in seguito a trauma della colonna cervicale.

Dott. GUIDO MILANI, assistente.

Le ricerche bibliografiche, almeno quelle che ho potuto eseguire, non mi hanno fatto riscontrare casi che, come quello che riferisco, possano dimostrare come causa determinante dell'asma bronchiale un trauma sulla colonna cervicale; soltanto i Francesi nel 1917 ed il Giuffrè da noi, prima della guerra, hanno descritto, come riferirò in seguito, casi di asma traumatico in seguito a ferite toraciche. Perciò credo bene comunicarlo solo e soltanto per aggiungere ai tanti già riportati un nuovo fatto patogenetico di questa sindrome morbosa.

L'a. entra la prima volta nella Sezione Medica il 17 luglio 1921; riporto succintamente l'anamnesi:

Tognini Pietro, di anni 57. Nulla risulta di notevole dall'anamnesi famigliare. L'a., fatta eccezione di una polmonite sofferta a 18 anni, non ha avuto malattie degne di nota, è sempre stato un forte lavoratore della terra fino a pochi anni fa, ultimamente faceva il birocciaio. Discreto bevitore e forte mangiatore, esclude di avere contratte malattie veneree.

Il 4 aprile 1921 ritornando dal lavoro, in piedi sul suo barroccio, messo il cavallo in corsa, perdette l'equilibrio, cadde dal barroccio battendo violentemente sul terreno col capo e col dorso. Perdette la coscenza e dopo un po' di tempo, riavutosi, accusò un fortissimo dolore alla colonna cervicale e si accorse di non essere più capace di muovere gli arti superiori e la gamba sinistra.

Trasportato a casa, riacquistò l'uso delle braccia, ma però i movimenti spontanei erano compiuti stentatamente, specialmente cogli arti di sinistra. Contemporaneamente ebbe ritenzione di urina, tanto che dal Medico condotto fu siringato due volte e gli furono somministrati purganti per stipsi ostinata. Perdurando questo stato di cose, fu trasportato in questo Ospedale, sezione Chirurgica, l'8 aprile. Dalla cartella clinica del reparto chirurgico, risulta quanto segue:

«La palpazione della colonna vertebrale «risveglia vivo dolore in corrispondenza della «5ª vertebra cervicale. L'a. compie stentata«mente i movimenti diversi cogli arti supe«riori, pure a stento coll'arto inferiore sini«stro. La sensibilità tattile e dolorifica è ben «conservata a sinistra per tutto il corpo, men«tre è notevolmente ottusa, anzi quasi abo«lita all'arto inferiore destro fino alla radice «della coscia. Riflessi bene conservati a de«stra, indeboliti a sinistra. Ritenzione di uri«na». Fatta diagnosi di contusione midollare in seguito a frattura della 5ª cervicale, gli fu applicato l'apparecchio a trazione prima, ed il busto gessato in secondo tempo. Nei giorni successivi di degenza in chirurgia scomparve la ritenzione di urina, ritornarono quasi completamente i movimenti agli arti, e rimase ottusa la sensibilità dell'arto superiore destro. Fu dimesso col busto gessato, il 30 maggio del 1921.

A casa per circa un mese l'a. non notò alcun fatto nuovo, il busto non gli procurava pressione, respirava bene. Ai primi di luglio l'a. fu colto per la prima volta e improvvisamente da un accesso di dispnea intensa, si sentiva come un nodo alla gola e gli sembrava di asfissiare. I parenti dicono che diventava bluastro in volto ed assumeva un aspetto ansioso. L'accesso durò la prima volta tutto un giorno con remittenze, poi dileguò con tosse ed emissione di catarro, pur rimanendo sempre una certa difficoltà a respirare. L'accesso si ripetè accompagnato qualche volta da vomito, perciò fu deciso di riportarlo all'Ospedale dove entrò nella Sezione Medica, come dicemmo, il 17 luglio in preda ad accesso dispnoico.

L'a. si presentava allora in posizione ortopnoica, con cianosi alle labbra, polso piccolo, frequente, temperatura 38°.5, tipo del respiro: espirazione prolungata, forzata, tanto che durante essa, l'a. emetteva uno stridore udibile a distanza. Il quadro era abbastanza impressionante, e, anche per consiglio del Chirurgo, fu tolto il busto gessato, ma la dispnea e la cianosi continuarono per tutto il giorno e parte del giorno successivo. L'ascoltazione rilevò

sibili e ronchi. Poi l'a. cominciò a respirare meglio, emise sputo muco-schiumoso e dopo tre giorni si sentì ristabilito come prima così che egli, credendo fosse cosa passeggiera, preferì ritornare a casa il 30 luglio.

Rientra poi nuovamente il 17 agosto. L'a. è di nuovo in preda al solito accesso dispnoico, con espirazione forzata e prolungata, cianosi delle labbra, elevazione termica (39°), polso frequente (120 al m.). Verso sera, seguito da abbondante espettorato schiumoso bianco-grigio (ne riempie 3 o 4 sputacchiere) ed in seguito all'iniezione di asmo-ganglina dell'I.S.M. l'accesso cede. Prosegue nei giorni seguenti l'espettorazione, ma la respirazione, fatta eccezione una espirazione un po' prolungata, è calma.

L'esame obbiettivo, fatto in questi giorni, rileva quanto segue:

Capo e collo: i movimenti di estensione del capo sono alquanto limitati, così pure quelli di lateralità sinistra; normale la flessione ed i movimenti di lateralità destra. Non si palpa tumefazione apprezzabile nella colonna cervicale, però la palpazione risveglia dolore, per quanto non intenso, a livello della 4ª e 5ª vertebra cervicale. Dolente è pure il punto di Erb a sinistra.

Torace: piuttosto a forma di botte. Gli atti respiratori sono eseguiti con escursioni forzate e coll'aiuto dei muscoli ausiliari. Percussione: suono iperfonetico su tutto il torace, i lembi polmonari posteriormente in basso giungono fino al di sotto della XI costola, e le escursioni di essi sono limitate. Anteriormente i lembi tendono a ricoprire l'ottusità del cuore. Ascoltazione: espirazione prolungata, rumorosa, ronchi e sibili sparsi per tutto l'ambito polmonare, rantoli a medie e grosse bolle. Cuore: la piccola aia è ridotta, la grande è difficilmente limitabile a causa del polmone enfisematoso sovrastante. Toni lontani, non si notano soffi, nè aritmie.

Sistema digerente: milza leggermente debordante, null'altro.

Sistema nervoso: nulla a carico dei nervi cranici. Riflessi corneali presenti, palpebrale e faringeo deboli, addominali e cremasterici normale, patellare accentuato a sinistra, normali achillei e plantari. Non Babinski, non cloni. Sensibilità termica, dolorifica, tattile, barica normali in tutto il corpo.

Durante la degenza in Ospedale l'a. ha avuto nuovi e frequenti accessi dispnoici sempre a carattere asmatico, dapprima avvicinati e prolungati, poi con l'uso ripetuto di asmoganglina (1 o 2 iniezioni per accesso) e suffumigi con carte nitrate, più lievi e più distanti. Ne ha avuto il 25 e il 28 agosto, l'8 ed il 26 settembre, il 18 ottobre, il 24, 27 e 28 novembre. Gli accessi hanno avuto sempre lo stetsso carattere, cioè l'a. in posizione ortopnoica, in cerca di aria, cianotico, con espirazione forzata, sterterosa e sibilante. Dopo alcune ore ed in seguito alle iniezioni chieste spesso dall'ammalato stesso, attenuazione dei sintomi suesposti, abbondantissima espettorazione di escreato schiumoso e con il reperto ascoltatorio e percussorio solito dell'asma.

L'esame di urina fu sempre negativo. *L'esame dello espettorato* rilevò la presenza di numerosi elementi corpuscolati, ricca flora batterica, mai bacillo di Koch. *L'esame del sangue* eseguito durante gli accessi accompagnati da febbre, negativo per l'ematozoo malarico. *Wassermann* negativa.

Esame laringoscopico eseguito dallo specialista: paresi del muscolo crino-aritnoideo posteriore.

Esame radiografico eseguito dal radiologo: la ricerca radiografica della colonna cervicale eseguita in proiezione antero-posteriore rileva postumi di frattura delle apofisi traverse sinistre della 4ª e 5ª vertebra cervicale, con segni evidenti di callo osseo che involge le due apofisi.

L'a. ha dunque avuto un trauma sulla colonna cervicale e precisamente, come dimostra la radiografia, a livello della 4ª e 5ª vertebra cervicale. Questo trauma ha procurato dapprima delle lesioni abbastanza gravi del midollo, non dovute a vere e proprie soluzioni di continuità, ma molto probabilmente soltanto a contusioni di esso od a pressione per fatti emorragici. Infatti i sintomi di alterata motilità e sensibilità andarono abbastanza rapidamente scomparendo.

Ma il nostro interesse si rivolge più che tutto a quei fatti intervenuti ad un mese e più di distanza dal trauma, vale a dire quando si doveva già essere formato il callo osseo delle apofisi traverse spezzate. Come dobbiamo interpretare questi fatti? La dispnea che dapprima sembra dovuta a fatti di laringo-spasmo, acquista poi un carattere nettamente asmatico, corredata da tutti i sintomi proprii dell'asma: abbondante espettorato schiumoso, iperfonesi polmonare, aumento dei limiti polmonari, cioè enfisema polmonare. Come dobbiamo interpretare questo asma insorto solo dopo il trauma, in un individuo che non aveva mai sofferto in antecedenza, che non presentava alterazioni cardiache e renali?

La relazione fra affezione e trauma è dunque evidente e cerchiamo darne una spiegazione. L'esame laringoscopico ha dimostrato una paresi del muscolo crico-aritnoideo posteriore, quindi è evidente una alterazione di funzione di una diramazione del laringeo inferiore che lo innerva, ciò che spiega i fenomeni di laringo-spasmo che ha avuto nell'inizio il nostro a. Infatti tanto il laringeo inferiore che il pneumogastrico passano a livello delle vertebre fratturate (4ª e 5ª) molto vicini ad esse, più il pneumogastrico che il laringeo.

Si può quindi pensare che per formazione esuberante di callo osseo (vedi radiografia) o per lo meno per processi reattivi formatisi nelle vicinanze di esso, si siano determinati fatti di compressione, di irritazione dei detti nervi, fatti che giustificano da un lato la paresi del

crico aritnoideo, dall'altra l'irritazione del pneumo-gastrico. Ora, questa irritazione può essere causa sufficente dell'insorgere dell'asma? Per ciò che riguarda la patogenesi dell'asma, per quanto ancora discussa, sappiamo essere ormai scartata l'origine esclusivamente bronchiale. Il Castellino dice che si tratta sempre di una malattia nervosa, di una ipereccitabilità cioè del territorio del vago, di quel nervo che regola la mobilità e forse anche la secrezione e vasomotilità dei bronchi.

Per ciò che riguarda lo spasmo dei bronchi, ne è già stata data una prova sperimentale da Gerlach e Bert che irritando il vago hanno ottenuto un rigonfiamento del polmone il quale non può dipendere che dallo spasmo dei bronchioli, spasmo che impedisce l'uscita dell'aria dagli alveoli. Oltre la teoria bronco-spastica vi è la teoria vasomotoria che tende a spiegare la iperemia, la tumefazione della mucosa bronchiale e la successiva essudazione catarrale. Ma molto probabilmente i due fattori spasmo e iperemia attiva, sono da riportarsi alla stessa causa, cioè eccitazione dei vaghi (Castellino). D'altra parte anche gli asmi riflessi dimostrano quanta importanza abbia il vago nella patogenesi di questa malattia, e cioè l'asma per polipi nasali, l'asma in seguito ad affezioni dello stomaco, dell'intestino, dell'utero; all'adenopatia tracheo-bronchiale che è ammessa quale causa frequente di asma nei bambini ed il Mongorgé ammette che essa agisce per compressione od irritazione del pneumogastrico. Così ultimamente molti casi di asma sono stati spiegati dalla presenza di sclerosi polmonare (Bezançon e De Yong) che agirebbe come spina polmonare eccitatrice del territorio del vago. Noi possiamo dunque concepire l'asma come una forma di nevrosi del sistema vegetativo, essenzialmente dovuta a una ipereccitabilità dei centri nervosi che governano la motilità e forse anche la secrezione e la vasomotilità dei bronchioli.

Anche nel Congresso Medico del 1920 il relatore Giuffrè ammette che l'asma bronchiale è una « nevrosi respiratoria caratterizzata da « una speciale eccitabilità di alcuni neuroni « respiratori e di altri vasomotori e secretori, « la quale è data da cause predisponenti e de- « terminanti, e fra queste ultime annovera le « traumatiche ».

Il Cordier, il Dayde ed il Loeper, hanno riferito casi interessanti d'asma traumatico. I malati di Cordier non hanno avuto crisi di asma prima della ferita toracica, come nel nostro caso, ed egli ammette che l'asma sia sopraggiunto per una irritazione traumatica del pneumogastrico, tanto più che le crisi appaiono dopo la cicatrizzazione della ferita polmonare. Il Loeper l'ha osservato 5 volte su 200 casi di ferite toraciche: « L'asma traumatico, dice il Loeper, si produce per crisi come l'asma essenziale, cioè spasmo dei muscoli bronchiali e termina con essudazione abbondante, espettorazione, rallentamento del polso, esagerazione del riflesso oculo-cardiaco. Questa ultima manifestazione testimonia una eccitazione del sistema vago-spinale, dovuta al fatto che tutti i feriti asmatici osservati sono stati colpiti al mediastino e quindi con lesioni del vago o del plesso polmonare, lesioni che hanno dato luogo all'asma ».

Quindi, messa in chiaro la dipendenza dell'asma bronchiale in seguito ad irritazione del vago, scaturisce la conclusione, per ciò che riguarda il nostro caso. Fratturate le apofisi traverse della 4ª e 5ª vertebra cervicale e formatosi un callo osseo esuberante (come dimostra la radiografia) questo ha creato la causa determinante gli accessi asmatici. Giustamente mi si dirà che l'asma bronchiale dovrebbe insorgere in tutti i casi di irritazione del vago lungo il suo decorso o nelle sue terminazioni. Bisogna perciò riportarsi ancora alla patogenesi della malattia: alcuni (Castellino) ammettono un substrato patogenetico fondamentale ereditario od acquisito (neuro-artritismo) dipendente da uno stato normale dell'apparato endocrino-simpatico, cioè il soggetto avrebbe una predisposizione, sarebbe un vago-tonico in cui un disquilibrio endocrino-simpatico portato dalla causa determinante, condurrebbe alla nevrosi dei nervi autonomi respiratori.

Altri (scuola francese Delthil) ammettono che il substratum patogenetico dell'asma sia da riportarsi in una diatesi urica ereditaria (origine artritica) o acquisita; i colpiti da asma sono individui che hanno abusato degli alimenti e specialmente di dieta carnea. Questo abuso conduce all'intossicazione specifica artritica dovuta ad una soprasaturazione urica ed alla diminuzione della solubilità dell'acido urico. Conseguenza di questa intossicazione sono l'apparire della stenosi spasmodica; l'enfisema consecutivo, i disturbi dell'ematosi, e da ultimo la broncorrea (Delthil).

Un'ultima teoria è quella anafilattica (Frugoni). Anche nel nostro a. dobbiamo ammettere che questo stato di disposizione verso l'asma vi dovesse essere già prima del trauma e che questo abbia agito, come dicemmo, soltanto come causa determinante. Non essendovi, per quanto ricercate, ragioni ereditarie, non cause

anafilattiche; non adenopatia tracheo-bronchiale, non sclerosi polmonare, non ci resta che pensare che, in un forte mangiatore quale era l'a., la diatesi urica debba avere rappresentato il *substratum* patogenetico asmatico.

BIBLIOGRAFIA.

CASTELLINO e PENDE. *Patologia del simpatico.*
DELTHIL. *L'asthme.* Maloine.
MONGORGÉ. *L'asthme.* Vigot Frères.
LOEPER. *L'asthme traumatique.* Progrès medical, 1917.
BEZANÇON et DE YONG. Presse médic., 1916-1922; Riforma Medica, 1918-1922; Policlinico; Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ORTONA A MARE

Plastica con il muscolo retto dell'addome nell'operazione di ernia inguinale.

Prof. LICINI dott. CESARE
direttore e chirurgo primario.

La larga e generale applicazione del metodo Bassini all'operazione dell'ernia inguinale, è dovuta all'esatta concezione che l'autore ha avuto della regione inguinale e del meccanismo della formazione delle ernie, riconducendo, con l'operazione da lui ideata, la regione sia anatomicamente, che fisiologicamente, alle condizioni normali. Uno dei dati importanti, che nessuno altro metodo offre, è la ricostituzione della parete posteriore del canale inguinale con tessuto capace di reagire attivamente (muscolare). Si sa infatti che a controbilanciare la aumentata pressione endoaddominale, che si ha per la contrazione del diaframma e dei muscoli della parete addominale durante gli sforzi, occorre che il tessuto muscolare si trovi in ogni punto della parete addominale. Però gli ultimi fasci muscolari del piccolo obliquo e del trasverso non di rado mancano o sono debolissimi ed è per questo che si hanno i laparoceli o pseudoernie e le ernie dirette ed oblique interne. La parte fondamentale del metodo Bassini sta appunto nel fissare il triplice strato (aponevrosi trasversa, muscolo trasverso, e piccolo obliquo) al margine posteriore del ligamento del Puparzio. Ma alle volte accade che le fibre del piccolo obliquo e del trasverso, come si è detto sopra, mancano o sono debolissimi. Specie in quegli individui che hanno fatto uso di cinti erniarii compressivi, si nota una marcata ipotrofia dei fasci muscolari, dovuta alla lunga compressione dei cinti stessi.

In questi casi nell'operazione non si ha tessuto muscolare sufficiente e valido per ricostituire una parete posteriore attivamente reagente. Per ovviare a simile grave inconveniente, il prof. Novaro ebbe la geniale idea di adoperare il muscolo più vicino, cioè il muscolo retto dell'addome, per di solito molto robusto. A tale fine si apre, dopo avervi posto sotto il dito, la guaina del muscolo retto dell'addome dello stesso lato dell'operazione e con ago curvo si prende larga parte mobilizzata del muscolo, così scoperto della sua aponevrosi, e insieme alle fibre del muscolo piccolo obliquo e trasverso esistenti e dell'aponevrosi traversa, si sutura al bordo posteriore del ligamento del Puparzio. È questa una aggiunta all'operazione del Bassini che io pratico sistematicamente allorchè trovo i muscoli piccolo obliquo e trasverso, deficienti per una qualsiasi ragione, e ne ho sempre avuti ottimi risultati.

Io ho operato 208 infermi di ernie inguinali, di cui tre donne e 205 uomini, di questi dodici avevano ernie bilaterali. Di dette ernie 126 erano a destra e 82 a sinistra. Per riguardo all'età 2 appartenevano ad individui da uno a dieci anni, 8 dai 10 ai 20 anni, 125 dai 20 ai 30 anni, 20 dai 30 ai 40 anni, 24 dai 40 ai 50 anni, 13 dai 50 ai 60 anni, 11 dai 60 ai 70, 5 dai 70 agli 80. In questi infermi 33 volte praticai la sutura del muscolo retto dell'addome per deficienza delle fibre muscolari del piccolo obliquo e del trasverso. Di questi 33 plastichel 1 apparteneva ad individuo dai 10 ai 20 anni, 5 dai 20 ai 30 anni, 6 dai 30 ai 40, 5 dai 40 ai 50, 7 dai 50 ai 60, 7 dai 60 ai 70, 2 dai 70 agli 80. Però tutti questi individui avevano notato la presenza dell'ernia da oltre un decennio, o avevano fatto uso continuativo di cinti rigidi. Degli operati 3 soli si ripresentarono con recidiva, pure essendo guariti di prima intenzione, ma avevano avuto vomito ostinato da cloroformio. Di questi 3 individui uno presentava quale recidiva un laparocele, due un'ernia diretta. Di essi due solamente si risottoposero all'operazione, e si trovò che il ligamento del Puparzio si era sfibrato ed aveva prodotto un ampio occhiello, attraversò cui si era fatta strada l'ernia.

Come a maggiore spiegazione di tecnica che io seguo, sono solito aprire il canale inguinale incidendo l'aponevrosi del grande obliquo, dissociando gli elementi sulla punta delle dita. Isolato il sacco, l'asporto quanto più si può in alto, così da non lasciare nessuna depressione peritoneale in corrispondenza dell'orificio interno del canale ricostituito, e che può essere causa di recidive.

Infatti il Moro ha dimostrato che gli sforzi anche ripetuti, non possono portare alla formazione dei sacchi erniari, dappoichè cessa-

to lo sforzo, il peritoneo sano, per l'alta sua elasticità ritorna immediatamente su se stesso. D'altra parte con lo studio istologico dei sacchi erniarii, tanto il Moro, quanto il Taddei, hanno dimostrato che essi sono più ricchi in fibre elastiche del peritoneo sano, mentre se si formassero per distensione del medesimo dovrebbero contenere minor numero di fibre. Ed è perciò importante, per la buona riuscita dell'operazione, che il peritoneo sano vada contro l'orificio interno del canale inguinale ricostituito. E certamente il Kocher con il suo metodo di spostamento del sacco erniario, prima di escinderlo, mirava a questi concetti, però non curava la ricostruzione della parete posteriore del canale inguinale con tessuto muscolare, come nell'operazione del Bassini.

Cosicchè tutti questi metodi più o meno recenti ce curano, oltre all'ablazione del sacco la sutura dei pilastri del disotto del funicello e la sutura dell'aponevrosi del grande obliquo, non hanno un fondamento anatomico, quale deve avere l'operazione dell'ernia inguinale.

La vera essenziale parte dell'operazione dell'ernia inguinale resta la ricostituzione della parete posteriore con tessuto attivamente reagente (muscolare) con il triplice strato contenente normali fasci dei muscoli piccolo obliquo e trasverso o con la plastica del muscolo retto dell'addome, se essi sono deficienti.

Nelle operazioni di ernie inguinali da me eseguite, notai in 29 sacchi erniarii, delle cicatrici riconoscibili per il loro colorito biancastro e per la forma per lo più raggiata che spiccavano sul colorito roseo del sacco stesso. Essi erano dovuti certamente alla compressione esercitata sui sacchi dai cinti rigidi, di cui gli infermi avevano fatto uso.

In 41 individui rinvenni dei sacchi erniari di una certa lunghezza, che presentavano una cicatrice circolare restringente il lume del sacco stesso.

Questi restringimenti di natura cicatriziale erano in vecchie ernie e rappresentavano dei veri accenni di chiusura del sacco.

Questi accenni a chiusura misuravano gradazioni differenti di ampiezza e si trovavano a differente altezza del sacco, e in un caso ho potuto notare uno strozzamento di epiploon che era compreso in uno di questi accenni a chiusura abbastanza stretto, talchè la parte distale dell'epiploon strozzato, era in preda a cancrena. In 15 individui trovai l'epiploon aderente in uno di questi accenni a chiusura, ciò probabilmente sta a dimostare la origine infiammatoria iniziale del processo compressivo delle cicatrici circolari dei sacchi stessi.

Questi accenni a chiusura possono spingersi fino alla chiusura completa di parte del sacco ed io in cinque individui trovai il sacco nettamente diviso in due parti, di cui una, la centrale, comunicante con la cavità peritoneale, una distale a contenuto di liquido, come un cisti.

In un individuo trovai un sacco con due digitazioni, di cui una pervia: l'altra con una chiusura completa nel punto di spartizione.

Questi stringimenti anulari del sacco, che talvolta vanno fino alla chiusura completa sì da dividere il sacco in una o più (non mai più di tre) cavità distinte sono dovute alla tendenza normale del processo peritoneo vaginale a chiudersi dopo la nascita in tutta la sua lunghezza, meno in quella parte che deve restare per costituire la vaginale propria del testicolo.

Non di rado, ed io osservai in 13 individui, si rinvengono aderenti al sacco, con connettivo lasso, dei lipomi di forma per lo più oblunga, che sono da attribuirsi per la loro origine al grasso preperitoneale.

LEZIONI.

Come si manifesta e come si riconosce l'isterismo.

(HEAD. *British Medical Journal*, 27 maggio 1922).

Le nostre cognizioni sulla natura e sulle cause dei disturbi nervosi funzionali hanno subite in questi ultimi quindici anni, e specialmente in occasione della guerra, una vera rivoluzione. Al riguardo si erano andati formando dei veri dogmi e conseguentemente il trattamento delle neurosi funzionali era divenuta fatica particolare di specialisti, che perciò osservavano pochi o nessun paziente di affezioni organiche del sistema nervoso. D'altra parte il medico generico perdeva la familiarità con gli aspetti psichici della medicina; ed anche oggi il medico, come il chirurgo, raramente considerano quanta parte abbia la psiche sui sintomi di qualsiasi malattia somatica.

Non è dubbio che vi è una serie di fenomeni per i quali la conoscenza della psicologia patologica ha una grande importanza per ogni medico pratico: forse non c'è capitolo della patologia nel quale non entri l'isterismo.

L'isterismo si accompagna sempre a fatti somatici anormali e può essere definito come uno stato mentale morboso associato a manifestazioni somatiche e disordini del contegno.

Le manifestazioni somatiche sono ben definite e specifiche come quelle di ogni altra

malattia. Si dice che l'isterismo « imita » affezioni organiche, ma ciò è un errore. L'imitazione può essere ammessa solo da un osservatore che non ben conosca i sintomi dell'isterismo o si contenti di un esame superficiale.

Per far diagnosi di isterismo è necessario non solo che non siano presenti fatti di natura organica, ma anche che siano dimostrabili sintomi isterici.

I disturbi di natura isterica sono molteplici e variabilissimi e perciò non si può pretendere di farne un elenco esatto.

Nelle forme isteriche dovute alla guerra i disturbi del linguaggio sono tra i più comuni. Talvolta il paziente diventa completamente muto ed intanto si rende conto perfettamente del suo stato e comprende perfettamente ciò che gli si dice. Questo è un esempio peculiare della disintegrazione delle più alte funzioni cerebrali così caratteristica dell'isterismo.

Il meccanismo fisiologico del linguaggio non è alterato, ma il paziente è fermamente imbevuto dall'idea che non è in grado di parlare. Benchè non possa parlare egli è in grado di comprendere, di leggere, di scrivere, il che è inconciliabile con una lesione organica. Benchè la sua voce sia ridotta al bisbiglio, egli è in grado di tossire fortemente.

Nella così detta balbuzie isterica il soggetto incontra difficoltà a pronunziare parole che cominciano con tale o tal'altra consonante o vocale, ed intanto parlando a lungo riesce a pronunziare correttamente ogni parola.

Ciò dimostra che nei fatti isterici v'è tendenza a disordini positivi dei movimenti, e questa tendenza è chiaramente dimostrata nelle varie forme di tremore. La instabilità ritmica dovuta ad affezioni organiche o a difetto di controllo nervoso si manifesta con la incapacità di mantenere stabilmente una certa posizione. Nel tremore isterico invece si tratta di un fatto positivo ossia della ripetizione di movimenti a tipo schiettamente volontario. Esso cessa se il paziente può essere indotto ad eseguire inconsapevolmente altri movimenti con lo stesso membro.

Nell'isterismo possono verificarsi varie forme di spasmi, ma tutti ripetono certi atteggiamenti volontari; per lo più sono locali e colpiscono un arto o anche una sola sezione di esso. Ogni tentativo di allentare lo spasmo, come quello di aprire una mano, di distendere una gamba flessa incontra viva resistenza; ma talvolta è egualmente difficile di alterare la posizione dell'arto anche nel senso imposto dallo spasmo.

La così detta paralisi della lingua costituisce un'altra dimostrazione di questo carattere positivo dei disturbi motori isterici. In una affezione organica la deviazione a destra della lingua protrusa significa deficienza motoria del lato destro e conseguentemente la lingua quando è ritirata devia a sinistra; nella forma isterica invece la lingua mantiene la deviazione dallo stesso sia quando è protrusa sia quando è ritirata nella bocca.

Talvolta il movimento è positivamente inibito. Il paziente dice: « io non posso muovere la gamba » e la tiene inerte o la trascina come una tavola. Se però lo si fa mettere a letto e gli si dice di sollevare in aria la gamba paralizzata, si constaterà mettendo una mano sotto il calcagno, che questo è fortemente spinto sul materasso. Facendolo mettere in decubito ventrale ed ordinandogli di sollevare la gamba si constaterà il fatto contrario, che cioè le dita del piede sono spinte sul materasso. In ogni caso il soggetto risponde con movimenti perfettamente opposti a quelli ordinatigli. Nei casi non gravi di paresi o di deficienza di stare su un solo piede si potrà svelare la natura dell'affezione con il seguente espediente. Si conviene con il soggetto che egli è incapace di reggersi ad es. sulla gamba destra, ma gli si dice che però quella sinistra è forte. Quindi lo si fa mettere in posizione eretta e gli si ordina improvvisamente: « Reggetevi sul solo piede sano »; egli farà ciò correttamente quantunque per farlo debba per un certo momento poggiarsi sul lato paretico. E se ancora gli si dirà « Reggetevi sul lato malato » egli cadrà subito quantunque si regga sul lato normale.

La incoordinazione di movimento apparentemente dovuta a difetto di percezione della posizione dell'arto affetto è un fenomeno non raro nell'isterismo, ma differisce fondalmente dall'atassia di origine organica. In caso di lesione cerebrale il soggetto è incapace ad occhi chiusi di toccare con l'indice ad es. della mano destra l'indice della mano sinistra, trova più difficoltà a toccare l'indice della mano destra che viceversa, e ciò perchè quella che è ignota per il malato è la posizione della mano destra (lato affetto). Nell'isterismo invece avviene il fenomeno opposto, il dito destro trova difficoltà a toccare il sinistro, mentre il dito sinistro (lato normale) è rapidamente portato in contatto con quella parte la cui posizione dovrebbe essere in effetti sconosciuta.

Non raramente il soggetto tende a cadere se lo si invita a stare in piedi ad occhi chiusi; ma se lo si fa stare nella medesima posizione e gli si dice che si vuole esaminare lo

stato delle pupille, gli si possono coprire ambo gli occhi con le mani, ossia annullare la visione, senza che il corpo abbia la minima oscillazione.

Nessun fenomeno dell'isterismo è più istruttivo e nello stesso tempo più capace di indurre in errore di quel che siano i sintomi sensoriali.

Comunissime sono le forme di dolore, o meglio di iperestesia, e di anestesie. Esse hanno questo di caratteristico che la loro distribuzione non segue i territorî di innervazione dei tronchi e delle radici nervose.

L'anestesia può colpire il piede fino al calcagno o al ginocchio, la mano fino al polso, al gomito, alla spalla. Il ventre può essere anestesico mentre la sensibilità del dorso è normale, e così possono essere insensibili soltanto la cornea e le labbra.

Evidentemente queste forme di analgesia corrispondenti non a territorî innervati da determinati rami o radici nervosi, ma a parti del corpo nel loro complesso anatomico o funzionale ed in genere solo alla loro superficie, rispondono ad un'« idea », ossia sono di origine psichica.

Per questa ragione le parti dolorose tendono a reagire in modo affatto particolare. Così un paziente che ha un dolore sul quadrante inferiore destro dell'addome simulante il dolore appendicolare, sosterrà che il semplice tocco di una punta di spilla sulla cute di detta regione gli provoca sofferenze inaudite. Analogamente in un'altra parte dolente il semplice sfioramento di un batuffolo d'ovatta fa gridare di dolore il soggetto. Evidentemente è la posizione della parte dolente, non l'azione fisiologica dello stimolo che domina la coscienza.

Talvolta l'analgesia isterica assume i limiti dell'area di distribuzione di un tronco nervoso, il che, specie quando vi siano stati traumatismi in vicinanza del nervo stesso, potrebbe far credere ad una lesione organica. Per svelare la natura del disturbo in tali casi giova l'uso del diapason vibrante. Il soggetto dirà di non avvertire le vibrazioni del diapason poggiato sulla parte analgesica, anche quando la sensibilità vibratoria non può essere compromessa.

Anche il restringimento del campo visivo ha un'origine psichica e dipende per lo più da suggestione medica. Un esame accurato del campo visivo per i varî colori dimostra che i rispettivi restringimenti non seguano le proporzioni che si verificano nelle lesioni organiche.

Nessun dubbio diagnostico possono far sorgere le manifestazioni viscerali dell'isterismo. La possibilità di scambiare con un tumore un rigonfiamento dell'intestino non merita neppure di essere presa in considerazione. La ritenzione di urina non è un disturbo che debba far praticare il cateterismo. D'altra parte è bene ricordare che la incontinenza non si verifica nell'isterismo.

Le convulsioni isteriche hanno caratteri troppo decisi per poter far sorgere confusione. Di solito scoppiano in seguito ad emozioni. Il paziente fa movimenti disordinati, inarca il corpo e talvolta ha delle contrazioni che possono simulare il tetano.

Non raramente il paziente cade in uno stato di dissociazione mentale. In tale stato la memoria può essere assente, e successivamente quindi si può avere la impressione che la coscienza sia stata abolita. Durante tali attacchi si possono avere alterazioni della condotta e fughe.

Queste fughe sono ordinariamente legate ad amnesia; il paziente dice di non ricordare nulla di quanto gli è accaduto. Ciò è vero fino ad un certo punto: la memoria non è completamente perduta. In effetti il soggetto perde l'apprezzamento esatto della sua condotta, la sua personalità subisce una trasformazione, e conduce una vita puramente fantastica.

Le manifestazioni adunque dell'isterismo non hanno nulla di negativo: l'anestesia è dovuta ad un rifiuto attivo di ricevere impressioni, il tremore è dovuto a movimenti attivi più che a deficienza tonica, lo spasmo è un'attitudine attiva e non riflessa, la paralisi è un effetto di inibizione diretta, un'espressione attiva della convinzione del paziente.

L'analisi di questi fenomeni positivi dimostra che essi dipendono da tre fattori mentali: tendenza all'autosuggestione, attitudine negativistica, tendenza alla disassociazione.

E le manifestazioni isteriche sono una risoluzione irrazionale di un conflitto psicologico. Se una giovane deve sostenere un esame che sente impari alle sue forze, risolve il problema con uno spasmo della mano destra. Se un soldato pauroso non può fuggire trova una perfetta ed onorevole soluzione in una paraplegia isterica.

Ma in molti la causa è ancora psicologicamente più inafferrabile. Sono ben noti gli effetti di una lettera a contenuto spiacevole alla quale non si sia prontamente risposto; la lettera si tiene chiusa nel portafoglio ed intanto per tutto il giorno si ha l'impressione come se si dovesse sopportare un malanno vago, in-

somma si sta sempre sotto la influenza della lettera. E tutto questo stato di malessere è determinato da una condizione emotiva provocata dalla irresoluzione. E' questo un esempio degli effetti dannosi della repressione o del tentativo di evitare qualche cosa di spiacevole scacciandola dal campo della coscienza. E gli effetti dannosi sono tanto più intensi quanto più l'idea è carica di emozione e quanto più forte è stato lo sforzo per scacciarla dalla coscienza. Essa ricompare in forma di sostituti, quali il vomito, la cefalea, la paralisi.

Per quel che riguarda il trattamento occorre innanzi tutto che il paziente sia tolto dal suo ambiente. Si deve tentare di far rientrare la parte dissociata nel complesso della vita mentale del paziente, esercitare ogni forma di suggestione atta a convincere il paziente che egli è in grado di seguire quelle azioni per le quali si ritiene incapace. Spesso dimostrando con fermezza, ragionando con sottigliezza si ottiene il miracolo di fare stare in piedi, di far camminare, di far sentire un isterico. Naturalmente non si deve giammai accusare il paziente di mendacio o di simulazione. Non deve essere dimenticato che in un gran numero di casi la scomparsa dei sintomi isterici è il preludio alla manifestazione di uno stato ansioso. Nei colloqui con gli isterici devono essere evitate quelle parole e quelle frasi, sopra tutto mediche, che possono mutare il disturbo in un altro, non farlo scomparire; negli esami devono essere evitate quelle ricerche minute che creano il sintoma che si va ricercando. In una parola deve essere evitata la suggestione antiterapeutica.

DR.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Linfadenopatia bronchiale non tubercolare.

(E. FLEISCHNER. *Jour. A. M. A.*, 15 luglio 1922).

Le infezioni acute e subacute delle linfoghiandole bronchiali sono state finora poco studiate, sia per la più grande frequenza della forma tubercolare, e la relativa rarità delle altre forme, sia per la difficoltà diagnostica, sia perchè al tavolo anatomico non si presentano quasi mai pure, ma sempre più o meno complicate a lesioni broncopolmonari, onde è poi difficile sceverare quale parte dei sintomi era dovuta all'una o all'altra condizione patologica. Vari AA. studiarono la fisiologia e la patologia delle linfoghiandole, tra cui Baréty, che distingue i vari gruppi delle linfoghiandole tracheobronchiali, Councilman, Fleming, Oertel, Manfredi. Lo stafilococco, il b. del tifo, il pneumococco, ecc., possono rimanere più o meno a lungo latenti nelle linfoghiandole che li hanno arrestati, per poi venire distrutti o perdere in tutto o in parte la loro virulenza.

Il tessuto linfoide predomina nella fanciullezza; l'attività di questo tessuto è dimostrata dalla presenza di centri germinativi, che di rado mancano in tale età. Le linfoghiandole ingrossate, che sono dimostrabili si può dire in ogni fanciullo, contengono quasi sempre batteri, di solito attenuati

L'A., pur lamentando che le osservazioni raccolte nella letteratura non sono tutte abbastanza dettagliate, distingue cinque sindromi cliniche da linfadenopatia tracheobronchiale.

1. *Forma con deficiente nutrizione.* Vi è pallore e inappetenza, facile stancabilità, e non di rado si manifestano disturbi gastro-intestinali. Talora vi è una lieve elevazione pomeridiana di temperatura. Il ragazzo è malandato in salute da mesi o da anni.

2. *Forma con bronchite subacuta.* Vi è tosse cronica, spesso più intensa la notte, non però tale da svegliare il fanciullo. L'espettorazione è scarsa o nulla. La tosse si aggrava durante i frequenti raffreddori. Possono essere presenti i sintomi della forma precedente.

3. *Forma pertossoide.* Si manifesta talvolta anche per linfadenopatie bronchiali tubercolari, e di qualunque altra natura. Però alcune infezioni, ad es. l'influenza, il morbillo, la vera pertosse sono più facilmente seguite da tale complicanza.

Gli accessi di tosse latrante possono pre-

sentarsi pochi giorni dopo l'inizio della malattia, od essere preceduti per lungo tempo da segni di bronchite. Nel primo caso la diagnosi con la vera pertosse presenta qualche difficoltà, ma basta considerare che nella pertosse il periodo catarrale dura due settimane invece di pochi giorni, gli accessi sono più lunghi, il vomito è più frequente; la forma pertossoide a rapida insorgenza guarisce in una o due settimane, e non è contagiosa, sebbene talvolta in qualche bambino che ha rapporti col malato possa manifestarsi una forma simile.

La forma pertossoide tardiva è più grave e dura più a lungo (settimane o mesi). Può essere accompagnata da lieve febbre pomeridiana, e da denutrizione. I sintomi fisici sono scarsi, e senza proporzione coi disturbi soggettivi.

La forma pertossoide della linfadenopatia tracheobronchiale ha indotto in errore i clinici del passato, simulando analogia tra pertosse e morbillo, pertosse e tubercolosi.

4. *Forma febbrile cronica.* Si presenta di solito dopo un'influenza o una lieve infezione delle alte vie respiratorie; la febbre non si abbassa e persistono elevazioni pomeridiane di temperatura di 1/2-2 gradi, per settimane, mesi, o anche anni. Vi è pallore e debolezza. Lo stato generale talora è più o meno disturbato, talora lo è così poco che la febbre può passare inavvertita.

5. *Forma asmatica.* Spesso inizia dopo un'infezione polmonare acuta, ad es. una polmonite. L'A. avanza l'ipotesi che si tratti di ipersensibilità alle proteine batteriche, che si vanno liberando dalle ghiandole infette.

L'esame fisico, nella linfadenopatia tracheobronchiale, rivela una più o meno intensa broncofonia sulla colonna vertebrale, sotto la 7ª vertebra cervicale, fino alla 5ª dorsale (sotto la 1ª dorsale dopo gli 8 anni, sotto la 2ª dopo i 12, sotto la 3ª dopo i 15). Questo segno fu messo in evidenza dal D'Espine. Nei primissimi stadi ivi si può ascoltare la voce afona, se il paz. è in età di obbedire agli ordini. Talvolta nella stessa zona si ha ottusità più o meno intensa alla percussione.

Sugli spazi interscapolovertebrali, come pure ai lati dello sterno, tra clavicola e terza costa, si ha riduzione di suono, respiro indebolito, espirazione prolungata e più o meno soffiante: se non vi è bronchite non si odono rumori aggiunti.

Con minor frequenza si può avere riduzione di suono sulla parte alta dello sterno e nelle articolazioni sterno-clavicolari (Fossangrives).

Non va trascurato l'esame del torace ai raggi, specialmente nelle forme di denutrizione senza causa apparente.

La diagnosi differenziale più importante è quella con la tubercolosi polmonare: secondo D'Espine la cutireazione può dare utili indicazioni, data l'età dei pazienti.

Il trattamento delle linfadenopatie non tubercolari è sopratutto igienico-dietetico: occorre evitare nuove infezioni, specialmente tubercolari.

I mezzi medicamentosi, iodio, ferro, olio di fegato, sono utili specialmente contro le anemie secondarie.

Per combattere la cachessia occorre aria buona, riposo, e dieta adatta. Nei casi gravi occorre allontanare il ragazzo dalla scuola per lungo tempo. Per migliorare la nutrizione si può dare 1/4 di litro di latte tra i pasti.

Nella forma pertussoide si useranno i rimedi sintomatici contro gli accessi (belladonna, antipirina, oppio, ecc.). Se il bambino vomita dopo il pasto bisogna somministrargli subito altro cibo, perchè non deperisca.

Contro le forme febbrili croniche è utile per un certo tempo il riposo a letto: ma se le condizioni generali sono buone si possono permettere le solite occupazioni, e anche la scuola, ed è meglio non insistere a misurare la temperatura, per evitare nevrosi materne.

Nel tipo asmatico può essere utile il trattamento di dissensibilizzazione verso quelle proteine batteriche alle quali reagisce la cute.

DORIA.

CHIRURGIA.

Risultati e successi dell'operazione di Weber-Rammstedt.

(GOHRBANDT. *Deutsche med. Wochenschrift*, 17 marzo 1922).

Tutti i metodi curativi diretti a curare il pilorospasmo hanno ceduto il posto all'operazione di Weber-Rammstedt (semplice incisione longitudinale del piloro, sierosa e muscolare, senza sutura consecutiva. La mucosa non viene toccata). La preferenza per tale metodo è giustificata sopratutto dalla sua bontà specie se messo a confronto con i risultati ottenuti con altri metodi e dalla sua efficacia. Infatti mentre prima la mortalità operativa raggiungeva il 54 %, rispetto al 46 % dei non operati, oggi sommando insieme le statistiche delle W-R. fornite dai vari operatori, si giunge ad una cifra infinitamente più esigua, appena il 12,5 %. Il contrasto è evidente. La diminuzione della mortalità è da attribuirsi anche ad una migliore cernita dei pazienti i quali, per il pas-

sato, erano condotti al tavolo operatorio in condizioni quasi preagoniche.

Nella clinica di Hildebrand furono operati di W.R. 12 bambini affetti da pilorospasmo: di essi 1 solo morì. Di questo la storia non offre nulla di interessante. Invece l'autopsia dimostrò come dopo 5 giorni dalla operazione non fosse quasi più possibile dimostrare il punto dell'incisione, malgrado che il taglio fosse stato condotto esattamente e la sierosa con la muscolare fossero rimasti ampiamente beanti, dopo la loro sezione.

Nella letteratura mancano dati sperimentali e reperti di autopsie praticate poco dopo l'intervento; l'A. ha quindi creduto opportuno eseguire in questo senso alcune sue ricerche. Rammstedt, a questo riguardo, ritiene come non sia possibile la riunione delle due superfici di sezione che dopo un tempo relativamente lungo. Era naturale pensare che la efficacia del metodo dovesse consistere nella impossibilità di uno spasmo della muscolatura circolare pilorica perchè interrotta dalla incisione.

L'A. ha proceduto nelle sue ricerche in questo modo: dopo aver spalmato sulla superficie del piloro una soluzione di cloruro di bario al 10 % e aver ottenuto così uno spasmo, ha eseguito la operazione di W-R. ed ha esaminato a periodi di tempo variabili le condizioni anatomiche e fisiologiche dello svuotamento gastrico.

Dopo 5 giorni non si poteva più mettere in evidenza, la minima diastasi delle due superfici muscolari, neanche ad una peristalsi assai vivace. Eppure a stomaco lussato fuori della cavità addominale, l'incisione aveva sezionato profondamente lo strato muscolare e l'impressione ottenuta era che non si sarebbe potuto pensare ad una coesione tanto precoce. Osservando allora dopo 5 giorni a ventre aperto la peristalsi gastrica nei casi così operati si vide che i tratti di muscolare al di sopra e al di sotto dell'incisione non partecipavano al movimento. Verosimilmente in essi erano andati sezionati gli elementi nervosi. La spiegazione dell'efficacia dell'intervento va quindi diversamente formulata. Il fattore nervoso prevale sul muscolare. A sostegno di questo concetto ricordiamo che nello stomaco gli elementi gangliari più importanti si trovano appunto in vicinanza del piloro e nello spessore del suo sfintere. Inoltre nel bambino il ramo discendente del vago sinistro scende, quale diretta continuazione del nervo, perpendicolarmente sul piloro. Per queste considerazioni e in quei casi nei quali lo spasmo è dovuto alla contrazione dello strato longitudinale della muscolatura e in quegli altri casi, ancora, nei quali lo spasmo si verifica senza tumefazioni apprezzabili (lesione predominante nervosa) la operazione di W-R. è stata modificata da Hildebrand così: alla semplice incisione viene sostituita un'escissione cuneiforme dello strato muscolare. In questo modo si impedisce il collabimento delle due superfici di sezione, si lede un maggior numero di elementi muscolari e nervosi: il tempo che si impiega è lo stesso o quasi che nella operazione originale. Risultati quanto mai lusinghieri (6 casi, 6 successi).

E. MINGAZZINI.

SEROLOGIA.

Nuove vedute sulla valutazione della reazione del Wassermann in rapporto alle condizioni dello stato reattivo organico ed al contegno terapeutico conseguente.

(REBAUDI e SIVORI. *Dermatologische Wochenschrift*, Bd. 75).

Alla R. W. venne mossa l'obiezione che non si trattasse di una reazione immunitaria e che godesse di una specificità molto relativa.

I recenti studi dello stesso Wassermann invece portavano alla conclusione che si è di fronte ad una vera reazione di antigene ed anticorpo: opinione confortata altresì dalle esperienze di Citron e Munk, Blumenthal, Praussnitz e Stern e dai rapporti con la reazione alla luetina, osservati sia nell'uomo che negli animali.

Se quindi si ammette che si tratti di una reazione immunitaria, occorre darle una interpretazione esatta sotto questo punto di vista, ciò che fino ad ora non si è fatto, ritenendosi dai più che R. W. positiva significhi sifilide attiva e R. W. negativa significhi sifilide assente, inattiva, deducendone perciò, quale corollario terapeutico, che a R. W. fortemente positiva occorra trattamento intenso, a R. W. debole, intervento curativo meno intenso, a R. W. negativa cura debole o superflua.

Tale apprezzamento è sorto in special modo dal fatto che la R. W. è stata interpretata come un mezzo indiretto per valutare gli antigeni sifilitici contenuti nel siero, ma, sia perchè oggidì nella sifilide non è possibile ottenere i sieri immuni e quindi non è permesso il dosaggio di contrasto degli antigeni a lato degli anticorpi, sia per la conoscenza del contegno abitualmente inversamente proporzionale esistente fra le sostanze reattive e le stimolanti, occorre ritenere che la R. W. non può dare nè con la sua positività nè con la sua

negatività un indice certo del contegno antigenico.

Per contro osservazioni altrui e degli AA. hanno messo in rilievo come vi siano casi gravi e ribelli alle cure con R. W. negativa, ciò che dimostra come non bisogna considerarla con gli odierni concetti ottimistici.

Prendendo in esame la R. W. negativa, occorre distinguere l'esito negativo che si rileva subito dopo una cura da quello ottenuto a distanza da ogni trattamento. Il primo non può dare una espressione fedele del contegno organico dovendo essere ritenuto come l'espressione permanente o passeggera di una sterilizzazione dell'organismo in confronto ai treponemi.

Per contro la R. W. negativa a distanza di trattamento, può indicare o una reale assenza di sifilide, o un'infezione luetica che non consente per le condizioni peculiari dell'organismo la produzione di quei principj reattivi rilevabili con la siero-diagnosi, ed in questo caso la negatività della R. W. deve venire considerata come indice di insufficiente reazione organica di fronte all'infezione luetica esistente e predominante in quel determinato momento sulle energie difensive dell'organismo.

Vi è un mezzo per distinguere se la negatività della R. W. significhi assenza di sifilide o insufficienza di reazione organica, stimolando la reazione stessa con l'elevamento della reattività di tutti i tessuti mediante la riattivazione (Milian, Gennerich). Se dopo di questa la R. W. continua a persistere negativa si può essere presumibilmente autorizzati a concludere per un'assenza reale di infezione luetica.

Seguendo siffatti concetti, ci si può rendere ragione della mancanza di positività in casi nei quali esistono gravi manifestazioni in atto: si tratta allora di insufficiente reazione organica, fatto che viene confermato dal ripetersi di manifestazioni cutanee anche dopo cure intense e prolungate.

La R. W. positiva, per contro, può attestare un'infezione sifilitica; ma in taluni casi in cui tale positività perdura nonostante le cure regolari e continue e nonostante il silenzio permanente di ogni sintoma clinico, ha il significato di un'attitudine particolare a certi organismi di ricordare lo stimolo, continuando così la produzione di principj reattivi. Sta allora nello stesso rapporto dei fenomeni allergici della pelle per la tubercolina, sporotrichina, tricofitina in casi di tubercolosi, sporotricosi, tricofizie già guarite da tempo.

Ma in ogni caso la positività della R. W. dev'essere ritenuta quale espressione della facoltà reattiva utile di tutti i tessuti organici.

Anche qui per valorizzare il reperto si deve sempre procedere alla riattivazione.

Gli AA., a seconda dei loro concetti, così schematizzano il contegno da seguire in confronto dell'esito della R. W.:

a) R. W. negativa, seguita da R. W. negativa dopo riattivazione: *sifilide presumibilmente inesistente;*

b) R. W. negativa, seguita da R. W. positiva dopo riattivazione: *sifilide in attività* e ne consegue il consiglio di continuare ed intensificare la cura;

c) R. W. positiva, seguita da R. W. negativa dopo riattivazione: *sifilide presumibilmente guarita.* È consigliabile ripetere l'esame ad una certa distanza di tempo;

d) R. W. positiva, seguita da R. W. positiva dopo riattivazione: *sifilide in attività od attenuata*, ma sempre con contemporanea presenza di reattività organica utile con indicazione di necessità di una cura, più o meno blanda, a seconda del grado d'intensità della reazione.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. CARDARELLI. *Lezioni scelte di Clinica medica.* Prezzo L. 30.00. Biblioteca dello « Studium », Corso Umberto 154, Napoli.

Questo volume, che è il terzo delle lezioni di Clinica medica di Antonio Cardarelli, è dedicato alle malattie del sistema nervoso.

Esso rivela un aspetto poco conosciuto della poderosa mentalità dell'eminente clinico napoletano. Egli ha fama di grande medico generico, non di neuropatologo.

Le lezioni ora pubblicate dall'egregio prof. T. Senise, al quale dobbiamo essere grati per avere sparso oltre i confini della scuola partenopea i tesori della mente di un così grande maestro, dimostrano quanto egli abbia profonda la conoscenza della neuropatologia, quanto sia esperto rilevatore e lucido interpretatore dei sintomi nervosi.

Le lezioni ora pubblicate, che avvincono per la semplicità dell'esposizione, per la vigoria del ragionamento, costituiscono qualche cosa di insuperabile per efficacia didattica.

Queste lezioni, che pur riguardano quasi tutta la patologia nervosa, si leggono così come si legge una lettura amena. È un vero godimento spirituale vedere semplificati, chiarificati concetti, che pur sembrano astrusi ed intricati, constatare come la forza della logica possa accompagnarsi ad un'esposizione così limpida.

G. DRAGOTTI.

L. MOHR e R. STAEHLIN. *Trattato di medicina interna*. Vol. III, p. I. Un vol. in-4, di pag. 580, con 141 figure nere ed a colori. Soc. ed. libraria. Milano, 1921. Prezzo L. 90.

Viene ripresa ora la pubblicazione di questo trattato, che era stata sospesa durante gli ultimi anni di guerra.

Questo volume comprende le malattie del fegato e delle vie biliari, del pancreas, del cavo orale e dell'esofago, nonchè la parte generale delle malattie dello stomaco e dell'intestino, comprendente la diagnostica generale, la roentgendiagnostica, la terapia generale.

La trattazione speciale di dette malattie, si trova nella parte seconda dello stesso volume terzo, di cui si è già pubblicata la prima puntata.

Sono noti i meriti del trattato, che, pur tenendo conto dell'anatomia patologica, è sopratutto basato su fondamenti fisio-patologici, che sono i più adatti per orientarsi nelle sindromi proteiformi, quali si osservano al letto del malato. La traduzione accurata è dovuta ai dottori A. Clerici e G. Hanau. È da augurarsi che la pubblicazione proceda con maggiore rapidità. *fil.*

I. MACKENZIE. *L'avenir de la Médecine*. Traduzione francese di F. Françon. Prezzo franchi 12. Editore F. Alcan, Parigi.

Questo libro del Mackenzie è già favorevolmente noto. Ne demmo notizia a proposito della pubblicazione originale inglese, che ispirò al nostro Murri l'interessante studio critico, del quale il *Policlinico* ha dovuto ristampare un'altra edizione.

La traduzione francese è fedele, la veste tipografica buona. *dr.*

L'Année médicale pratique. Anno I. Un vol. in-16, di 478 pag. A. Maloine et Fils, éd. Paris 1922. Prezzo fr. 20.

Sotto la direzione di Camille Lian si è iniziata in Francia la pubblicazione di una rivista che espone tutto quanto di nuovo si è fatto entro l'anno nel campo della clinica e della terapia. Pubblicazioni di tal genere, come se ne trovano in Inghilterra, agli Stati Uniti, ecc., rispondono ad un sentito bisogno di trovare riuniti per argomento i lavori che sono sparsi in tanti periodici scientifici, non tutti e non sempre a portata di mano.

L'A. ed i suoi collaboratori dichiarano francamente di essersi limitati nella compilazione allo spoglio dei soli giornali francesi, non trascurando però i più importanti lavori stranieri, che venivano recensiti sui periodici francesi. La scelta è stata fatta con criteri di praticità e tenendo conto non tanto delle esigenze dello specialista, quanto di quelle del medico pratico, che si trova così al corrente del lavoro scientifico e dei moderni metodi di diagnosi e di cura.

Le singole branche sono state affidate a professionisti particolarmente versati nelle rispettive materie, e maggiormente in grado di sceverare i lavori più significativi dalla zavorra ingombrante. *fil.*

A. ILVENTO. *La difesa della salute e la scuola*. 1 vol. in 8° di 19. VI-89. Bologna, Nicola Zanichelli edit., 1912. Prezzo L. 7.50.

La serie delle attualità Scientifiche di Zanichelli si arricchisce di un pregevole contributo, opera di un ingegno fervido, che invita a pensare ed a riflettere.

L'A. prende precipuamente in esame due problemi: la difesa attiva dello scolaro contro le cause morbose: infezioni, difetti della vista, turbe dello sviluppo, sovraffaticamento, il che lo porta a studiare i metodi di lavoro, gli orarî, i programmi, ecc., e l'educazione igienica dello scolaro ottenuta mediante la propaganda, l'educazione fisica, l'educazione sessuale; in capitoli speciali l'A. tratta anche delle malattie degli insegnanti e delle differenze tra l'educazione familiare e di collegio.

Il lavoro è ricco di dati interessanti, e porta a deduzioni discrete ma sicure. Condotto senza ambizioni, rivela però una vigorosa personalità. *a. p.*

L. R. MÜLLER. *Ueber die Altersschätzung bei Menschen*. 1 vol. in-8 di pag. 82 con 87 figure. Berlino, Julius Springer edit., 1922. Prezzo per l'Italia M. 92.40.

Per apprezzare l'età dell'uomo in base all'esame somatico, l'A. raccoglie una ricca messe di rilievi, frutto di lunghe osservazioni personali. Il lavoro è corredato di figure numerose e molto chiare. Costituisce un utile contributo alla fisiologia, alla patologia generale e sovratutto alla medicina legale. *a. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Reale Accademia Medica di Roma.

Nel fascic. n. 40 di questo periodico, a pag. 1303, nel resoconto della seduta ordinaria dell'Accademia del 25 giugno 1922, la comunicazione dal titolo «*La secrezione del succo enterico provocata dalla stimolazione della mucosa intestinale con soluzioni saline e con soluzioni di anelettroliti*» fu erroneamente attribuita al prof. Maestrini, mentre le ricerche furono compiute e la comunicazione fu svolta dal prof. A. CLEMENTI dell'Istituto di fisiologia della R. Università di Roma; tra le conclusioni delle ricerche dal CLEMENTI compiute e riferite all'Accademia fu omessa, per errore tipografico, la seguente:

Per quanto si riferisce al potere stimolante la secrezione enterica delle soluzioni di sali alcalini o alcalino-terrosi (solfati, cloruri, citrati, tartrati) portati a contatto della mucosa enterica (col metodo della introduzione delle soluzioni nell'ansa intestinale alla Vella) si può affermare, che esso dipende sia dalla natura chimica dell'anione, sia da quella del catione, ma specialmente da quest'ultima; è risultato, che i cationi NH^4+, $K+$ e $Ca++$ possiedono un potere stimolante sulla secrezione enterica inferiore al potere stimolante del catione $Na+$, il quale possiede alla sua volta un potere stimolante inferiore al potere stimolante posseduto dai cationi $Mg++$ e $Ba++$. Gli H=ioni liberi possiedono un forte potere stimolante sulla secrezione enterica. Un esempio che dimostra il variare del potere stimolante dei sali alcalini col variare del potere stimolante del catione è offerto dal comportamento dei tartrati alcalini rispetto alla secrezione del succo enterico; infatti il tartrato potassico possiede un potere stimolante sulla secrezione enterica inferiore a quello del tartrato sodico potassico, il quale alla sua volta ha un potere stimolante inferiore a quello del tartrato acido di potassio (cremore di tartaro).

Seduta ordinaria del 2 luglio 1922.

Presidenza del prof. V. ASCOLI.

Su un caso di nefrite cronicissima.

Prof. L. SCHIBONI. — L'O. riferisce brevemente su di un caso di nefrite cronicissima da lui osservato in un uomo di 48 anni nel X Padiglione del Policlinico interessante per il decorso clinico e per il reperto anatomo-patologico, che richiamano l'attenzione sulla complessità dei problemi ancora insoluti legati alla conoscenza delle nefriti. Si tratta di un caso di raggrinzamento secondario avanzatissimo del rene nel quale la sindrome uremica è apparsa tardivamente, nel quale non esisteva ipertrofia del ventricolo sinistro. L'O. ricorda come sia ammesso da tutti gli AA. che la ipertrofia del v. s. si accompagna a tutti i casi di atrofia della sostanza renale. Questo è il primo caso da lui osservato, pur disponendo per molti anni di abbondante materiale di studio anatomo-patologico, di gravissima lesione renale senza ipertrofia del ventricolo s.

Endocardite gonococcica - Contributo casistico.

Prof. V. ASCOLI. — L'O. riferisce su vari casi di endocardite gonococcica da lui osservati e su le sindromi cliniche da essi presentate.

Sulla comunicazione prendono la parola i proff. MARCHIAFAVA e ARCANGELI. Il primo ricorda di avere avuto occasione di vederne 4 casi, il secondo uno.

Ulcere peptiche del digiuno ottenute mediante esclusione parziale dello stomaco.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. espone i risultati delle sue esperienze che dimostrano come in seguito all'esclusione parziale di stomaco si può avere sulla stomia gastro-enterica un'azione disorganizzante le cui conseguenze vanno dalla rapida necrosi che impedisce il coalito dei margini della sutura, alla vera ulcera che non può essere interpretata se non come un fatto peptico. E questo fu riscontrato in tutti gli animali che sopravvissero al periodo della necrosi immediata.

Il controllo fornito dagli esperimenti con interruzione del legamento gastro-epatico confermava poi che le lesioni sulla stomia erano in dipendenza del libero svuotamento della parte esclusa.

Contributo sperimentale alla infibulazione transepifisaria.

Prof. L. G. GAZZOTTI. — L'O. riferisce una serie di esperienze da lui compiute sui cani per rendersi conto del comportamento della infibulazione transepifisaria. Come materiale di trapianto ha usato il perone e come sede di infibulazione, l'epifisi femorale inferiore.

Dal materiale raccolto e che si riserva di esaminare microscopicamente ha potuto rilevare all'esame microscopico, che la parte del trapianto sporgente nell'articolazione ha aspetto decisamente necrotico ed è sede di riassorbimento evidente. Ciò gli ha fatto pensare agli arresti articolari che Toupet prima e dopo di lui Putti, hanno usato nella cura ortopedica delle articolazioni di arti paralitici ed è degno di nota che mentre in questi, dal punto di vista clinico e dai risultati dell'esame radiologico a distanza di oltre due anni, l'arresto articolare conserva aspetto vitale e funzione completa, nei suoi esperimenti la porzione del trapianto che sporge, e che in fondo riproduce con molta analogia il quadro della operazione di Toupet-Putti, è sede di profonde alterazioni regressive e di riassorbimento già dopo 40 giorni.

Dato ciò l'O. si ripromette di ripetere esattamente nel campo sperimentale l'intervento secondo Toupet-Putti e seguirne microscopicamente l'evoluzione.

Della cifosi dorsale giovanile.

Dott. C. MARINO ZUCO. — L'O. parla della cifosi dorsale giovanile di Scheuermann traendo occa-

sione da un caso osservato all'ambulatorio della Clinica Traumatologico-ortopedica; lo illustra mostrando anche delle radiografie di profilo della colonna dorsale cifotica e delle articolazioni coxofemorali. Delle radiografie della colonna si serve per mostrare le particolari lesioni dello strato di accrescimento fra epifisi e corpo vertebrale.

Di quelle delle anche per mostrare la coesistenza, in questo caso, di nuclei di decalcificazioni come sogliono osservarsi nell'osteocondrite deformante giovanile dell'anca.

Esprime l'opinione che sia suggestivo il ravvicinamento della cifosi alle apofisiti dell'accrescimento in genere e all'osteocondrite dell'anca in ispecie, con le quali potrebbe avere in comune la causa.

Non crede accettabile la denominazione di «osteo-condrite deformante giovanile del dorso» data anche da Scheuermann per analogia perchè non è ancora certo che il termine «osteocondrite» sia il più appropriato a indicare quella malattia dell'anca che con esso per lo più si esprime.

Crede che si possa tentare la cura della deformità, quando sia possibile la diagnosi precoce, con la reclinazione in letto o con corsetti in atteggiamento lordotico.

Sulla ricomparsa del potere amilolitico della saliva mista umana, dopo ebollizione.

Prof. D. MAESTRINI. — In questi due ultimi anni una nuova proprietà della ptialina è stata discussa:

BIEDERMANN ha sostenuto che anche dopo essere calcinata è capace di scindere la salda d'amido; ROTHLIN invece e qualche altro hanno affermato che i risultati positivi del primo erano dovuti ad azione batterica, senza però mai provare il loro asserto con culture. L'O. si è nello stesso tempo occupato (dal 1920) dello stesso argomento ed ha trovato che la saliva mista umana, dopo ebollizione, riacquista a contatto con salda d'amido il potere enzimatico. Ha osservato contemporaneamente che identici risultati si ottengono con Nacl. Ha fatto prove culturali colle miscele in esperimento e non ha trovato, nelle condizioni in cui si è messo, presenza di batteri. Dunque la saliva umana anche dopo ebollizione si trova nelle condizioni di scindere l'amido.

L'O. richiama l'attenzione sull'identico modo di comportarsi della saliva bollita e del Nacl; constatazione che servirà forse a dirigere i nostri studi per una via che ci potrà portare a conoscenze assai più vaste sulla natura degli enzimi che sino ad oggi erano considerati sostanze molto simili alle proteiche, perchè si crede, perdono col calore le loro proprietà idrolitiche.

Spostamenti della laringe da causa intrinseca.

G. BILANCIONI. — Nel proseguire le osservazioni sulla facile asimmetria della laringe umana, l'O. ha portato la sua attenzione sulla statica dell'organo vocale: ed ha potuto notare che non di rado si hanno degli spostamenti di esso. Egli ha usato il metodo radiografico, servendosi, a facilitare la identificazione della medietà dello scheletro laringeo, di uno stelo metallico fissato con un cerotto sull'angolo anteriore della cartilagine tiroidea. Così si è potuto osservare che detti spostamenti riguardano la direzione del tubo aereo, il suo asse, in quanto il corpo della laringe propriamente detta può formare con la trachea un angolo più o meno aperto; può riguardare la sua postura o giacitura in quanto la laringe è talora rotata verso destra o verso sinistra; in fine può interessare i rapporti con la colonna vertebrale e con la linea mediana del corpo umano, in quanto non di rado la laringe è spostata (e mantenuta in tale situazione) da un lato, come portata verso destra o verso sinistra.

I casi studiati, e resi ben dimostrati dagli schemi precedenti riguardano carcinomi intrinseci, paralisi di una corda vocale, infiltrazioni gommose, tumori benigni, turbe fonatorie da malformazioni naso-faringee.

E. GROSSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Sedute del 23 e del 30 giugno 1922.

Presidenza: prof. BALDO ROSSI, presidente.

Modificazioni della crasi sanguigna in forme ginecologiche curate con l'elioterapia artificiale (Lampada di Landeker-Steinberg).

M. MOZZETTI MONTERUMICI. — L'O., dopo aver accennato ai fenomeni locali e generali che da ricerche di parecchi autori si osservano negli organismi irradiati con luce ultra-violetta, specialmente alle variazioni dei componenti morfologici e plasmatici del sangue, espone alcune ricerche eseguite su pazienti affette da forme ginecologiche e trattate con l'apparecchio Landeker Steinberg, riguardo alla pressione, alla temperatura, alle variazioni quantitative e qualitative dei leucociti, e alla velocità di coagulazione. Conclude per una probabile azione emoclasica di lieve intensità che attiverebbe rapidamente le difese organiche verso gli agenti infettivi o le alterazioni da essi provocate.

Un decennio di pratica elioterapica nella tubercolosi chirurgica al mare.

G. ANDREONI. — Riferisce quanto la sua esperienza gli ha dimostrato più conveniente circa il modo, il tempo e la durata nell'applicazione della cura che, in ogni modo, deve essere strettamente individualizzata. Espone l'interpretazione più verosimile circa il meccanismo di azione dell'insolazione, l'irrorazione e la linforrea che questa determina e le relative modificazioni biologiche per cui si ha scomparsa di ogni residuo di tessuto morboso in seno al focolaio — sia per espulsione, sia per via di riassorbimento — e, con una netta

demarcazione fra il morboso e il sano, una riparazione a spese di quest'ultimo, che colma ogni perdita di sostanza per mezzo di tessuto connettivo lasso nel quale, contrariamente a quanto suol avvenire generalmente, non incarcera più nessun residuo morboso, capace di essere il nido e il punto di partenza di una ricaduta. Rileva infine le indicazioni e i risultati anatomo-patologici che sono fondamento di questa provvida terapia.

Intorno ad un caso di tumore della ghiandola sottomascellare.

E. BERTOLONI. — Riferisce un caso di endotelioma della ghiandola sottomascellare sinistra derivato dagli endotelii di rivestimento delle fessure o radici linfatiche del connettivo proprio della ghiandola. Lo studio istologico di questo tumore comparato coi casi di endotelioma puro o di fibro-mixo-condro-endotelioma delle ghiandole salivari descritti nella letteratura, induce l'O. a ritenere che tali tumori a rigore non dovrebbero essere annoverati fra i veri tumori misti, giacchè in essi non si riscontrano elementi neoplastici istologicamente ed embriogeneticamente ben differenziabili.

La istogenesi di questi tumori può dirsi relativamente chiara e dovrebbe permettere di interpretare secondo la teoria endoteliale dei patologi lo sviluppo della maggior parte dei tumori salivari, anche di quelle forme a struttura molto complessa per fenomeni di metaplasia o di degenerazione, che fino ad oggi si è convenuto per parte dei chirurghi di annoverare fra i tumori misti salivari.

L'eziologia del colpo di sole.

A. ZIRONI. — Il colpo di sole nel ratto albino e nel ratto di fogna, analogamente a quello dell'uomo, è essenzialmente un colpo di calore. Colpi di sole subiti dal ratto ad intervalli regolari, dopo un conveniente periodo di riposo, non conferiscono al ratto ipersensibilità anafilattica per i successivi colpi di sole.

L'encefalite epidemica del 1922.

E. MEDEA. — La malattia è comparsa quest'anno molto più tardi degli anni scorsi e cioè alla fine di gennaio, continuandosi fino al maggio. I casi ospitalieri osservati furono 18, inoltre una dozzina di casi d'ambulatorio e una dozzina di casi della pratica privata, due dei quali con *obitus*. La caratteristica principale dell'epidemia di quest'anno è stata la grande partecipazione della psiche alla fenomenologia: si ebbero quasi sempre — all'inizio — giornate con fatti deliranti e in parecchi casi vere e proprie forme psichiche alcune delle quali dovettero essere trasferte al manicomio; prevalsero le forme depressive con tendenza alla sitofobia e al suicidio.

L'epidemia del '22 — almeno per quanto riguarda Milano — sembra all'O. meno grave e meno diffusa di quella terribile del 1920, ma certo più grave della piccola epidemia dello scorso anno (15 casi in tutto ha potuto l'O. osservarne, e lievi).

Ricorda due casi con riso spastico, non mai osservato da lui nel 1920: scarse invece le forme mio-cloniche e scarsissime poi le mioclonie addominali, così frequenti nel '20.

La prognosi deve essere riservata anche nelle forme apparentemente guarite; l'O. osservò già due casi a tipo Parkinsoniano come postumi della encefalite di quest'anno. Dai suoi casi non risulta nessun dato che parli per la contagiosità della malattia come pure che possa essere invocato come dimostrazione di un rapporto sicuro tra l'influenza e questa forma morbosa.

Di un caso di stenosi unica cicatriziale del digiuno.

E. CIOCCA. — L'O., dopo aver illustrato il caso, fa alcune considerazioni in rapporto al quadro clinico, e, per la sede e la unicità della lesione, alla relativa rarità di queste stenosi.

In seguito pone la sua osservazione sulla divergenza tra il reperto laparotomico di stenosi unica cicatriziale e quello radioscopico di diversi livelli liquidi sormontati da gas che portava alla diagnosi di stenosi multiple. Egli, confortato da reperti simili di altri autori, crede di poter trovare la spiegazione del reperto radioscopico con l'intervento di fenomeni spastici di origine riflessa a monte della stenosi organica.

Seduta ordinaria del 7 luglio 1922.

Presidenza: dott. V. RONCHETTI, vice-presidente.

Contributo alla conoscenza dei tumori epiteliali del 3° ventricolo.

N. ORLANDI. — L'O. comunica un caso di papilloma cistico uniloculare ad epitelio piatto pluristratificato dell'infundibolo del 3° ventricolo in un soggetto di 27 anni venuto al tavolo anatomico con diagnosi clinica: probabile tumore cerebrale.

In base alle caratteristiche topografiche e microscopiche l'O. sostiene l'origine della neoformazione dai resti del dotto ipofisario dislocati nella parete infundibolare. Oltre per la sua rarità (il caso presente è il 14° della letteratura), l'osservazione è interessante per due particolarità istologiche che negli altri casi descritti non erano state riscontrate: la presenza di cellule nevrogliche in alcune papille e la presenza di un nodulino sottopiale in corrispondenza del ponte, identico, istologicamente, al tumore endoventricolare e dovuto, con ogni verosimiglianza, alla proliferazione di un piccolo nido di epitelio piatto infundibolare, dislocato attraverso lo spazio subaracnoidale sino al ponte.

Contributo alla conoscenza dei tumori primitivi dell'intestino tenue: Adenocarcinoma stenosante del digiuno.

A. CERESOLI. — L'O. riferisce un caso di adenocarcinoma del digiuno, di piccola mole, con ste-

mosi assoluta del lume, senza metastasi e con netta delimitazione dalle tonache intestinali tanto a valle che a monte della stenosi, derivante dall'epitelio ghiandolare della mucosa e con prevalente sviluppo in profondità, osservato in una donna di età avanzata.

Il caso è degno di nota non solo per la rarità di tali tumori nella porzione digiunale, ma anche perchè fu possibile dimostrare la preesistenza di un'ulcera peptica dalla quale l'epitelioma trasse origine: cosicchè mentre porta un contributo alla casistica non molto numerosa degli epiteliomi primitivi del digiuno, viene anche ad aumentare quella assai scarsa dell'ulcera peptica di tale tratto intestinale.

Un caso di endocardite lenta da streptococco viridans.

C. PEZZI e DECLICH. — Gli OO. descrivono un caso di endocardite lenta osservato in una donna di 30 anni, affetta in precedenza da una insufficienza mitralica d'origine reumatica, e venuta a morte dopo tre mesi di malattia. L'emocoltura ha permesso di isolare lo streptococco viridans. Gli OO. descrivono le proprietà biologiche e colturali del microrganismo isolato, proprietà che permettono di identificarlo con quello isolato per la prima volta da Schottmüller. Le ricerche sperimentali recenti sulla cosidetta immunità da depressione nelle infezioni streptococciche spiegano in gran parte perchè l'endocardite da streptococco viridans presenti un decorso prolungato.

La curieterapia dei fibromi uterini.

A. CUZZI. — La Curieterapia dei fibromi dell'utero viene praticata all'estero da qualche autore su larga scala. Anche fra noi qualche tentativo si è fatto. Per quanto risulta dalle relazioni e dalle discussioni avvenute si può dedurre che la Curieterapia ha manifestato reale efficacia in molti casi di fibroma uterino. Come in tutte le forme morbose però anche per il fibroma vale la legge che la migliore scelta del caso è il più sicuro affidamento del successo. Così sembrano meglio influenzati dall'azione del radium i fibromi unici, a tipo interstiziale, piccoli, con prevalenza del tipo mioma.

Anche l'O. porta un notevole contributo alla Curieterapia del fibroma uterino. Nell'Istituto Ostetrico di Milano tale metodo di cura è da lui stato istituito da parecchio tempo ed i casi sono in parte trattati esclusivamente col radium, in parte con le terapie associate: raggi X e radium.

Dall'esame dei casi che l'O. può presentare si può concludere che la Curieterapia ha ottenuto lo stesso risultato che avrebbe ottenuto la Roentgenterapia in un tempo assai più breve e con minore disturbo della paziente. L'O. ha potuto inoltre osservare che l'applicazione del Radium nei fornici vaginali si è dimostrata assai più efficace di quella praticata nel canale cervicale o nella cavità uterina: ciò che proverebbe ancora una volta la quasi elettività della terapia radiante per l'ovaio, organo che è meglio aggredito dalla irradiazione attraverso i fornici vaginali che non attraverso la parete uterina. L'O. ha notato sopratutto una rapida e sensibile diminuzione della neoplasia.

Ulcera tubercolare della lingua.

G. A. AMBROSOLI. — L'O. riferisce un caso di ulcera tubercolare della lingua, che costituisce un contributo a tale diagnosi, facendo conoscere come accanto alla forma di ulcera tubercolare della lingua, più comunemente nota, a base molliccia, ne esista un'altra assai meno conosciuta, a base infiltrata, ed indurata, ed accompagnata da ingrossamento ed indurimento di tutta la lingua, cioè da una vera e propria glossite. Riferendosi al caso riportato, nel quale il ritardo diagnostico era riuscito fatale all'ammalato, poichè al suo ingresso nell'ospedale, per l'estensione ormai assunta dalla lesione, era stato dal chirurgo dichiarato ormai impossibile qualunque intervento operativo, e considerando che la sola cura dell'ulcera tubercolare della lingua dalla quale possiamo ripromettercі risultati definitivamente buoni, è la cura chirurgica, e che questa è solo possibile in un momento inizialissimo della malattia, insiste sulla importanza della diagnosi precoce di ulcera tubercolare della lingua.

C. VALLARDI.

Società fra i cultori di Scienze Mediche e naturali in Cagliari.

Adunanze del 22-29 marzo e del 29 maggio 1922.

Via enterale e via parenterale nelle vaccinazioni antibacteriche - Ricerche sperimentali sul bacillo paratifico B.

F. NERI. — L'O. rende conto dei risultati finora ottenuti in una serie di ricerche iniziate allo scopo di stabilire l'esistenza e l'importanza di una immunità locale della mucosa intestinale nelle infezioni tifica e paratifica, affermata da Besredka (*Ann. Institut Pasteur,* 1919).

I risultati ottenuti dall'O. non sono conformi a quelli ottenuti da Besredka: l'O. infatti ha trovato che i conigli vaccinati *per os,* d'accordo con le osservazioni di B., non formano agglutinine, nè batteriolisine: ma, contrariamente a quanto riferisce B., raramente resistono alla inoculazione di prova.

Al contrario, i conigli vaccinati per via parenterale il cui siero dimostra un notevole potere agglutinante e batteriolitico, resistono, nella maggioranza dei casi, alla inoculazione di prova sia *per so,* sia per via endovenosa.

Da questi risultati l'O. è portato a negare, per l'infezione paratifica sperimentale del coniglio, la barriera immunitaria intestinale ed a riaffermare l'importanza preponderante della immunità generale, rilevabile dalla formazione di bacteriolisine.

Sulla proteinoterapia del panno corneale tracomatoso.

F. SPECIALE. — Finora la proteinoterapia nella cura del tracoma non ha avuto successo in pratica sia perchè i risultati furono relativamente scarsi, sia per gli inconvenienti che spesso si producevano.

Gli studi fatti nella Clinica Oculistica di Cagliari permisero di rilevare come questo metodo di terapia spiegasse un'azione elettiva e sorprendente nel panno corneale tracomatoso.

I migliori risultati nella cura del panno si ebbero con iniezioni sottocongiuntivali di siero normale di cavallo nelle vicinanze del limbo corneale praticate a giorni alterni e nella dose di 1/2-1 cmc. Risultati meno brillanti si ottennero coll'autosiero e col peptone.

Il quadro clinico dopo le iniezioni si può così riassumere: poche ore dopo l'iniezione di siero il tessuto che costituisce il panno appare ischemico e leggermente edematoso ed i vasi divengono meno visibili. Successivamente l'edema s'attenua ed i vasi in parte scompariscono determinando un rischiaramento sensibile della cornea, che diviene di giorno in giorno sempre più trasparente. I grossi vasi che generalmente persistono, sezionati all'altezza del limbo (peritomia) scompaiono facilmente. L'esame istologico del panno escisso dopo l'iniezione di siero, fa rilevare delle metamorfosi regressive, sia a carico degli elementi cellulari costituenti il panno, sia a carico di quelli delle pareti vasali.

Sul modo di comportarsi degli elementi carminofili nell'utero del coniglio nello stato di riposo, in gravidanza ed in puerperio.

N. DALLERA. — L'O. studiando per mezzo della colorazione vitale il modo di comportarsi degli elementi carminofili nell'utero di coniglia nelle varie fasi di sviluppo dalla nascita allo stato adulto, nel periodo del calore, durante la gravidanza ed in puerperio, constata nel tessuto connettivo del meso, in quello sottoperitoneale, in quello intermuscolare e della mucosa, la presenza di elementi cellulari capaci di assumere la colorazione vitale col carminio. Durante la gestazione si nota un progressivo aumento di elementi carminofili, i quali nella seconda metà della gravidanza sono così numerosi e stipati fra loro da costituire dei veri cordoni ed ammassi particolarmente abbondanti fra i fasci muscolari, nel connettivo sottoperitoneale e nel meso; in puerperio essi vanno gradualmente diminuendo tanto che in 10ª-12ª giornata essi riprendono la disposizione propria dello stato non gravidico.

Per i loro caratteri, per il loro modo di comportarsi durante la gravidanza, per la presenza in essi di abbondanti granulazioni lipoidee, l'O. crede di poter identificare in queste forme cellulari, quelle stesse che da alcuni AA. recentemente furono interpretate come cellule interstiziali dell'utero.

La glicosuria florizinica e la diagnosi di gravidanza.

G. PUSINICH. — L'O. seguendo la proposta fatta da Kamnitzer e Josepf sperimentò il metodo della glicosuria florizinica nel campo ostetrico, per vedere se essa costituiva un mezzo per stabilire la diagnosi precoce della gravidanza. Ha trovato che due mmg. e mezzo di florizina rappresentano la dose minima capace di produrre glicosuria nelle gravide specie dei primi mesi, mentre nelle non gravide tale quantità rimane inattiva.

Le ricerche furono fatte su 135 donne della Clinica Ostetrica dell'Università con i seguenti risultati: 24 donne gravide dei primi mesi diedero tutte reazione positiva (il glucosio fu ricercato nelle urine coi soliti metodi chimici); fra 26 gravide oltre il sesto mese la glicosuria comparve in sole 13; di 20 puerpere 17 diedero reazione negativa; fra le 63 non gravide si ebbe glicosuria in sei.

Appoggiandosi a questi dati l'O. crede che il metodo abbia bisogno di ulteriore studio, ma che ad esso, in considerazione di risultati decisamente positivi ottenuti nei primi mesi di gravidanza, si debba riconoscere un certo valore per la diagnosi biologica di gestazione.

Ricomparsa di forme acute letargiche di encefalite epidemica in Provincia di Cagliari.

L. DE LISI. — Le forme croniche dell'encefalite epidemica non rappresentano dei postumi, ma le manifestazioni di una vera e propria malattia in atto ed in evoluzione progressiva.

Ma dal 1920 non era più stato osservato alcun caso acuto indubbio. Invece ai primi di maggio sono stati veduti dall'O. alcuni malati con caratteristica letargia ed una certa astenia palpebrale, benchè senza vera ptosi nè oftalmoplegie. Anche in altre regioni d'Italia sono comparsi in aprile nuovi casi acuti.

Tale fatto che costituisce la riprova migliore della persistenza dell'infezione encefalitica, ci fa meglio considerare il pericolo rappresentato dagli ammalati di forme croniche e dalla loro scialorrea.

N. DALLERA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'atonia della parete addominale.

C. Ramage (*Jour. A. M. A.*, 17 giugno 1922) ha osservato una sindrome, che si presenta con qualche frequenza sopratutto dopo fratture anteriori delle coste più basse. Egli la osservò in robusti minatori di carbone, i quali dopo la frattura rimasero inabili al lavoro per tre o quattro mesi, lagnandosi di cefalea, costipazione, malessere dopo i pasti, dolori e sensazioni sgradevoli all'addome, specie dopo che erano rimasti qualche tempo coricati. Non vi era anoressia, nè sensibilità addominale alla palpazione, non leucocitosi, non febbre, nè anemia.

La nutrizione generale era buona, la muscolatura spesso molto sviluppata, ma i setti addominali erano atonici, e l'addome appariva gonfio in basso.

Furono formulate le più varie diagnosi: isterismo, costipazione cronica, appendicite, colelitiasi, ulcera-gastrica.

L'A. considerò le possibili cause di atonia della muscolatura addominale, ed escluse che si trattasse di lesione nervosa o di paralisi tossiemica; concluse per una inibizione riflessa da dolore, prodotto di solito dalla frattura costale, ma eventualmente da altri processi morbosi.

Se l'inibizione dura qualche tempo l'abito atonico rimane anche dopo che il dolore è scomparso.

La muscolatura addominale essendo il più valido mezzo di contenzione dei visceri, il suo rilasciamento cagiona ptosi, stiramenti, compressioni, che in via meccanica e in via riflessa producono i più vari disturbi.

La sola cura efficace è la rieducazione dei muscoli addominali; l'A. dichiara di averne avuto ottimi risultati.

Il miglior metodo di ginnastica addominale consiste nel levarsi a sedere dalla posizione supina senza l'aiuto delle braccia. Tale ginnastica va praticata mattina e sera, fino a stanchezza; i risultati sono evidenti dopo non molti giorni, perchè i retti addominali sono tra i muscoli che più facilmente si ipertrofizzano.

Occorre guadagnare la confidenza del malato per infondergli fiducia in questo trattamento senza medicine, e per ottenere che perseveri.

DORIA.

Sulla reazione miodistonica.

Fin dal 1918 G. Söderbergh di Karlstad (Svezia), descriveva una reazione elettrica con il nome di « Reazione dismiotonica » in un caso di sindrome del Wilson. In un nuovo lavoro l'A. riprende la questione (*Acta medica scandinavica*, 1922, n. 5).

Sappiamo che in seguito all'eccitazione dei muscoli con le correnti faradiche, ordinariamente il muscolo si contrae rapidamente: ora nel caso dell'A., allontanato l'elettrode attivo, il rilasciamento si effettuava con una lentezza assolutamente anormale ed inoltre, il rilasciamento era discontinuo, in quanto improvvisamente era interrotto da una contrazione spontanea, di corta durata, debole, distinta, interessante tutto il muscolo, dopo di che il muscolo si rilasciava ancor più lentamente. Questo era il tipo patologico completo e si trovava nei muscoli seguenti: bicipite brachiale, lungo supinatore, deltoide, grande pettorale, opponente del pollice, opponente del piccolo dito, frontale e retto anteriore della coscia. Al contrario i muscoli del mento, il triangolare delle labbra, l'orbicolare delle palpebre, il tibiale anteriore, non mostravano che una contrazione tonica prolungantesi più o meno a lungo al di là dell'eccitazione. Una illustrazione breve di un caso dell'A. potrà dare una prova del valore pratico della reazione in discorso.

Un operaio di 54 anni, in seguito ad una caduta da notevole altezza accusa dolori alla spalla ed al ginocchio sinistro.

Riscontratagli una lussazione scapolo omerale, gli viene immobilizzato il braccio per circa tre settimane, in seguito vien sottoposto al massaggio per circa tre mesi ed indennizzato: ma egli si dichiara non guarito ed accusa dolori al braccio sinistro, alla gamba sinistra ed in tutta la metà sinistra del corpo. Sul principio all'A. e ad altri medici sembrò giusto attribuire tali fatti ad una insincerità del p. ed anche sul principio una emiipoestesia fu ritenuta di origine funzionale. L'A. esaminando attentamente il malato ebbe a convincersi che tale ipoemiestesia era di origine organica. Ritenne l'A. più opportuno un esame elettrico, e sottopose alla corrente faradica i muscoli del paziente.

I muscoli del lato sano alle correnti faradiche tetanizzanti risposero in maniera normale. Dal lato malato la porzione anteriore del deltoide, il bicipite, il pronatore rotondo e sopratutto il cubitale anteriore ed il flessore comune ulnare delle dita ed anche il frontale mostra-

rono delle postcontrazioni dopo l'allontanamento dell'elettrode attivo, cioè mostrarono una forma di reazione miodistonica.

In seguito a tal fatto esaminata attentamente la sensibilità obiettiva e subiettiva del malato, la motilità, constatata l'assenza di segni piramidali, la negatività della Wassermann, la presenza di liquido cefalo-rachidiano normale, l'A. fu portato alla supposizione di una lesione dei gangli centrali, specialmente dello strato ottico esplicante bene i dolori, e la emiipoestesia seguita al trauma.

La reazione miodistonica può dunque esserci preziosa allorchè si tratti di decidere intorno ad una emianestesia. MONTELEONE.

Ricerche sul liquido cefalo-rachidiano e sul sangue di adulti colpiti da paralisi difteriche.

Dallo studio del liquido cefalo-rachidiano di undici malati De Lavergne e Zoeller concludono che il l. c. r. era alterato in tutti: l'alterazione consisteva in una dissociazione albumino-citologica completa, con iperglicorachia.

Gli stessi AA. (*Bulletins et mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1922, n. 35) con diversi metodi hanno voluto ricercare nel l. c. r. la presenza di tossine: in sei malati l'esito è stato negativo; ricercata in questi stessi la presenza di antitossine, l'esito fu ugualmente negativo. L'assenza di antitossine sorprende perchè tutti questi malati avevano nello stesso momento delle antitossine nel sangue: ma questo non è che un nuovo esempio della ben conosciuta dissociazione fra la presenza di anticorpi nel sangue e la loro assenza nel l. c. r.

Dalle ricerche praticate nel sangue degli undici malati gli AA. concludono che:

1) Negli adulti il più gran numero di paralisi post-difteriche può evolvere mentre esiste nel sangue dell'antitossina. Questa antitossina corrisponde ad un processo di immunizzazione attiva poichè può essere trovata in malati che non abbiano ricevuto del siero nel periodo dell'angina e poichè nei malati anteriormente trattati con il siero, l'antitossina esiste in un periodo in cui l'azione del siero sarebbe spenta e che la curva dell'antitossina è stazionaria o nettamente ascendente.

2) In un caso in cui il siero non conteneva antitossina da tre mesi, il malato era colpito da una paralisi estremamente grave. Quest'osservazione deve avvicinarsi ai fatti sperimentali nei quali gli animali spesso soccombono allorchè presentano paralisi estese: l'esperimento ha luogo, infatti, con iniezione di tossina sotto la pelle o nel sangue. Non è dunque in un organismo il cui sangue contiene delle antitossine che evolve la paralisi, ma al contrario in un terreno tossinico. Si può dunque supporre che se, d'ordinario, nell'uomo le paralisi difteriche hanno un'evoluzione lenta e benigna, è perchè il sangue contiene delle antitossine attive, testimoni di un processo di immunizzazione.

Secondo M. Renaud è più importante prevenire con la precocità della prima iniezione la fissazione della tossina sul tessuto nervoso che aumentare e moltiplicare le dosi per tentare — molto inutilmente — di neutralizzare una tossina già fissata MONTELEONE.

Sull'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano.

R. Leriche (*Lyon Chirurgical*, gennaio 1922), si meraviglia come lo stato d'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano sia poco conosciuto, mentre è tanto frequente nelle punture lombari aver esito negativo o scarse gocce di liquido.

Misurando sistematicamente la pressione col manometro di Claude si trovano di quando in quando pressioni basse di 10-17 in posizione seduta.

La sintomatologia cui dà luogo l'ipotensione del liquido può prendere vari tipi:

1° Cefalee con vertigini e nausee, talora febbre, tanto da far pensare a meningiti; 2° stati convulsivi; 3° stati comatosi; 4° sintomi di ipotensione acuta: mal di testa, vaso-dilatazione della faccia, elevazione brusca della temperatura, prostrazione, stato semicomatoso.

Di tutti questi sintomi l'A. ha potuto ottenere la rapida scomparsa iniettando sotto cute o nelle vene acqua distillata o soluzione fisiologica, in piccole dosi (40-50 cc.) in modo da rialzare la pressione del liquido cerebro-spinale; magari ripetute se, ottenuto il miglioramento, i sintomi ricompaiano.

L'A. consiglia questo mezzo come il più utile ed il più pratico al momento attuale, per quanto ne proponga altri a seconda delle varie cause che hanno prodotto l'ipotensione.

G. MATRONOLA.

Come praticare il massaggio.

Quando viene consigliato il massaggio per affrettare il ritorno funzionale dopo un fatto chirurgico o nel corso di una malattia medica — paralisi, dispepsia, ecc. — si trova di solito un membro della famiglia, che si offre, o si ricorre all'opera di un massaggiatore diplomato, che spesso commette gli errori e gli abusi che ogni congresso di fisioterapia ha denunciato.

Il pubblico, di solito, ritiene che il massaggio per essere utile debba essere forte e doloroso, errore capitale, sostenuto dai massaggiatori di

professione. Ora il massaggio deve ovviare ai disturbi di circolazione, non già in un modo semplicemente meccanico, ma per azioni vasomotrici ancora incompletamente conosciute su cui gli studî di Krogh e la questione della capillaroscopia gettano una nuova luce. Così, se si tenta un massaggio violento sopra un edema duro, si avrà una disillusione, mentre invece si otterranno buoni risultati per mezzo di sfioramenti dolci e brevi; se il massaggio fosse una pura questione meccanica, sarebbe già stato sostituito da macchine, nessuna delle quali vale invece quanto una mano esperta.

R. Ledent (*Le Scalpel* 26 ag. 1922) osserva che il massaggio deve attenuare una sensibilità esacerbata in modo da ristabilire la normalità dei riflessi, di cui l'intensità anormale provoca disturbi vaso- e psicomotorî. L'impastamento troppo energico disturba il ritorno alle funzioni normali, provocando uno squilibrio, prolungando l'incapacità ed aumentando i dolori. Il massaggio va applicato con concetti analitici: così, nel caso di una frattura, si ricercherà l'esistenza di spasmi muscolari, l'origine dei dolori, tentando col massaggio di attenuare gli spasmi, ridare l'equilibrio di tonicità alle masse muscolari antagoniste, di calmare la sensibilità.

Alla concezione stretta del massaggio, è poi necessario sostituire la preparazione alla mobilizzazione ed alla rieducazione. Evitare quindi di praticare il massaggio in modo abitudinario; il modo di applicazione può variare di giorno in giorno.

Tener presente il ritorno progressivo delle funzioni, l'evoluzione delle lesioni, i principi clinici e psicologici della rieducazione progressiva.

Le qualità essenziali del massaggiatore sola dolcezza e la pazienza, il volgo invece ritiene che il massaggio valga per l'energia delle triturazioni e si meraviglia quando esso non risveglia dolore; invece non bisogna dimenticare che non sono rari i casi di tumore bianco al collo del piede, consecutivo a distorsioni scientificamente traumatizzate dagli acrobati e dagli atleti del massaggio diplomato. Talvolta poi l'empirico, dopo un massaggio violento non esita ad usare manovre intempestive che possono dare consolidazioni viziose o reazioni infiammatorie. È per il timore di tali incidenti che il medico ritarda o rinuncia al benefico massaggio.

Dolcezza di manovre, varietà di queste, dallo sfioramento alla vibrazione, ai processi di mobilizzazione rieducativa debbono quindi dirigere questo utile procedimento terapeutico.

fil.

Cura dell' insonnia.

P. Gallot e C. Coubard (*Journ. d. praticiens*, 26 marzo 1922) osservano che il miglior metodo di cura è quello che ha riguardo alla patogenesi.

Nei *tubercolotici*, la causa è da ricercarsi nella febbre talvolta lievissima (piccoli accessi notturni): occorre quindi spostare l'accesso, eliminare le occupazioni, che possono dare un rialzo di temperatura, regolarizzare le digestioni e somministrare un antitermico (criogenina, piramidone) in dosi di 20-40 cg. con un poco di veronal ogni 2-3 sere; l'antitermico va dato prima che si inizî l'accesso e continuato fino a stabilizzazione della temperatura.

Nei *costipati* (specialmente donne) si regolarizzerà l'azione intestinale: eliminare i lassativi chimici e ricorrere a cure di aranci, di uva, legumi verdi, agar-agar, semi di lino. Ogni tanto un cucchiaio di olio di ricino: assai utile il solfato di sodio (2-5 g. in acqua tiepida al mattino) che ha effetti aperitivi ed antitossici.

Nella *grande insonnia nervosa*, in individui, che hanno subito violente scosse morali o affaticati da *surmenage* intellettuale, si prescriverà il riposo in letto, in calma assoluta: latte o brodo di legumi, acque alcaline. Concedere l'ipnotico abituale in dosi strettamente sufficienti, accompagnato da bromuri o valerianati. Dopo una settimana, si farà l'allenamento al sonno mediante l'idroterapia (docce tiepide a getto interrotto, semicupi con abluzioni tiepide alla nuca), l'uso alternato di due-tre ipnotici a dosi decrescenti. Concedere poi una dieta ricca ed esigere un riposo completo. Ristabilito il sonno, si tonificherà il sistema nervoso (arsenico e fosfati) e si consiglierà una vita più regolare ed igienica.

fil.

IGIENE.

Sulla profilassi della malaria.

(C. BASS, *Journ. of A. M. A.*, 22 luglio 1922).

La malaria è scomparsa da larghe zone degli Stati Uniti, e di altri territorî, sopratutto in conseguenza dell'esecuzione di grandi opere di drenaggio e di riempimento delle bassure, di diradamento delle foreste, eseguite in grande stile per lo sviluppo dell'agricoltura e delle industrie. Solo la lotta contro le zanzare col drenaggio permanente e con le colmate porta ad una soppressione della malattia. A cagione della forte spesa è quasi impossibile eseguire le opere opportune nella misura necessaria coi fondi devoluti alla profilassi: ciò è possibile soltanto nelle zone di popolazione-

agglomerata, risultandone una spesa per capo non eccessiva.

Come si è frequentemente osservato, non occorre la scomparsa completa delle anofeli per sopprimere la malaria, ma è sufficiente una forte rarefazione delle zanzare, poichè una minima percentuale di esse alberga il parassita. Gli altri mezzi di profilassi hanno un effetto temporaneo, ma essendo di minor costo possono avere più diffusa applicazione.

Molto efficaci in ristrette zone, ma non molto economici sono i mezzi rivolti contro le zanzare (reticelle, petrolaggio degli specchi d'acqua, pesci larvifagi ecc.): possono rendere servigi in particolari circostanze. Mezzo efficace ed economico è la profilassi chininica, poichè altrettanto e forse più si dovrebbe spendere per curare gl'infermi in mancanza di tale profilassi. È però necessario educare igienicamente le popolazioni, affinchè prendano regolarmente il chinino, e soprattutto prolunghino a sufficienza la cura gl'infetti. La profilassi chininica è applicabile ovunque, ed è sempre riuscita a ridurre di molto il numero di morti per malaria.

Tuttavia dal punto di vista economico, se si tien conto dell'utile recato all'agricoltura dal drenaggio e dalle colmate, in molte zone potrebbe risultare conveniente questo mezzo radicale di profilassi.

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'endocardite sperimentale.

E. Ravenna (*La Medicina Italiana*, giugno 1922), fa un breve riassunto storico dei tentativi compiuti da vari studiosi per riprodurre sperimentalmente l'Endoc. micotica. Egli divide gli esperimentatori in tre gruppi; quelli, i più antichi che produssero l'Endoc. determinando la localizzazione endocardica di germi immessi in circolo, mediante lesioni traumatiche meccaniche o chimiche portate direttamente, con mezzi vari, sull'apparato valvolare cardiaco. Segue un secondo gruppo di sperimentatori che inocularono germi vari su pezzettini di patata (Ribbert) o di sambuco o altre sostanze inerti aventi solo l'ufficio di prolungare l'azione di contatto dei microrganismi sulla sierosa. Il terzo gruppo è rappresentato da quegli AA. che inocularono esclusivamente germi e ottennero l'endocardite senza ricorrere ad alcuno dei predetti artifici. Furono usati streptococchi piogeni, pneumococchi, b. influenzali, staffilococchi. E l'A. ottenne nei cani lesioni endocarditiche con inoculazione di tripanosomi.

L'A., studiando su bovini morti per infezione carbonchiosa e altre cause, mise pel primo in evidenza che nel carbonchio dei bovini è frequentissima una endocardite acuta sopra tutto dell'orecchietta destra. Fece perciò delle ricerche sperimentali, colla introduzione endovenosa di 1/4-1 cc. di brodocultura alla Tarrozzi, nelle cavie. L'animale sopravvive poco, 18-35 ore, e in questo breve tempo non ha luogo lo sviluppo di lesioni endocarditiche visibili macroscopicamente. Ma l'esame istologico dimostrò fatti tipici di endocardite valvolare in 6 cavie su 10 così trattate. Risultati uguali ottenne per via sottocutanea e endointestinale. L'A. passa poi a trattare dell'endoc. tossica sperimentale, a proposito della quale cita l'opinione del Banti che crede le endoc. con reperto batteriologico negativo non possano senz'altro considerarsi tossiche, ma siano piuttosto da attribuirsi a germi finora ignorati. Cita alcuni lavori di sperimentatori e sopra tutto quelli del De Vecchi che però non furono confermati, e che da alcuni vengono negati poichè le immagini microscopiche da questo A. riportate non paiono parlare per fatti essudativo-flogistici. Il Ravenna esperimentò la iniezione endovenosa di filtrati per candela di Berkefeld di brodocultura di carbonchio, ed ottenne endocarditi istologicamente tipiche. Più di rado (una su sei cavie) l'ottenne anche con tossina difterica. Resta così provata sperimentalmente la endocardite da tossine.

GHIRON.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1355). *Trattati di tecnica operatoria.* — All'abb. n. 7230:

Trattati ampi, pratici, minuziosi nell'esposizione, italiani o tradotti in italiano, recenti come ella chiede, non ve ne sono.

Raccomandabilissimo sarebbe quello del Durante-Leotta che però non è ancora completo.

Buono ma molto compendioso e succinto è lo: « Schinieden. Corsi di operazioni chirurgiche », tradotto dall'Uffreduzzi, edito dall'Unione Tipografico-editrice Torinese (1922).

Ottimo, ma non ancora tradotto in italiano, è il trattato dal titolo: « Chirurgische Operationslehre » di Bier, Braun, Kümmel (Barth, Leipzig 1920).

L'ultima edizione del Monod e Vanverts è anch'essa buona, ma non è stata tradotta in italiano.

L. D.

(1356) Al dott. G. L. da L.:

Per la *Rassegna della Previdenza Sociale* può rivolgersi alla Direzione della Cassa Nazionale Infortuni, Roma, piazza Cavour 3.

a. a.

VARIA.

I medici italiani nel Congo belga.

Il Ministero belga delle colonie ha pubblicato il risultato del concorso per posti di medico nel possedimento del Congo. Al concorso potevano prender parte anche medici stranieri.

Dei trenta iscritti, dei quali diciannove erano italiani, si presentarono agli esami soltanto quelli, in tutto nove, che avevano seguito i corsi della Scuola di Medicina tropicale di Bruxelles. Il risultato fu il seguente: il primo posto fu conquistato da un belga, che aveva già quattro anni di esercizio in colonie, il secondo, il quarto, il quinto ed il sesto posto furono conquistati dagli italiani ed il settimo da uno svizzero di razza italiana. Due medici italiani che non raggiunsero per poco l'approvazione furono ammessi al nuovo concorso che avrà luogo fra poco.

Il Governo belga fornisce i medici coloniali di tutto il corredo medico-chirurgico per un valore di circa trentamila lire italiane, nonchè di uno speciale bagaglio contenente oggetti personali e suppellettili atti a rendere comoda e piacevole la vita in quelle regioni.

La paga comprese le varie indennità oscilla dalle cinquanta alle sessantamila lire italiane. L'alloggio è gratuito ed è concessa libertà di esercizio professionale, che è molto redditizio.

I medici coloniali belgi hanno diritto ogni due anni e mezzo a sei mesi continuativi di congedo, durante il quale ricevono l'intero stipendio. Il viaggio sia per andare in colonia e per il rimpatrio, come per i viaggi necessari per fruire del congedo sono rimborsati dal governo.

Il trattamento di pensione è analogo a quello degli ufficiali dell'armata coloniale con il vantaggio che si può raggiungere in metà tempo, per modo che dopo dieci anni di servizio il medico coloniale liquida a seconda del grado conseguito una pensione variabile dalle dodici alle ventimila lire italiane.

Si presume che il numero dei medici coloniali dovrà raggiungere ben presto il centinaio, e poichè quelli finora in servizio sono cinquantasei si dovranno bandire altri concorsi.

Nel Congo dopo i belgi sono preferiti i medici italiani, sia per la loro preparazione culturale e professionale, sia per la capacità di adattamento all'ambiente e per la diligenza che hanno sempre dimostrato.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GENOVESE FRANCESCO. *La malaria in provincia di Reggio Calabria.* — Santamaria C. V., Stabil. Cromo-Tip. «Progresso», 1921.

GENTILE GIOVANNI. *Il concetto moderno della scienza e il problema universitario.* — Roma, Libreria di cultura, 1921.

MONTINI GIUSEPPE. *La teoria anofelica sull'origine della malaria e il Lancisi.* — Brescia, Tip. Soc. Ed. «La Scuola», 1922.

RICCIOLI E. *Sopra un caso di idropneumotorace rigido.* — Firenze, Carpigiani e Zipoli, 1922.

ALFIERI EMILIO. *Le nuove istruzioni per l'esercizio ostetrico delle levatrici.* — Modena, G. Feraguti e C., 1922.

TITONE MICHEL. *Résultat de deux anastomoses spino-faciales.* — Paris, Masson et Ce, 1921.

DE VECCHIS BENIAMINO. *Infezioni metastatiche da sepsi orale.* — Milano, A. Gorlini & C., 1921.

PECH J. L. e QUINQUEND A. *Sphisnographie différentielle.* — Montpellier, Impr. Roumégous et Dehan, 1921.

LORETA N. *Giovanni Berti educatore.* — Bologna, Nicola Zanichelli, 1921.

NARDI GIONA. *Di una rara sede di sifiloma iniziale.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1922.

CALDERINI GIULIO. *Ernia ombellicale congenita con diverticolo di Meckel fistoloso.* — Milano, L. F. Cogliati, 1921.

CALDERINI GIULIO. *Considerazioni intorno ad un parto gemellare a proposito delle diagnosi di superfetazione.* — Milano, L. F. Cogliati, 1922.

LO CASCIO GIROLAMO. *Un nuovo metodo per la determinazione della grandezza reale di tratti del fondo oculare a mezzo dell'oftalmoscopio.* — Bologna, Coop. Tip. Azzoguidi, 1922.

MARTELLI CARLO. *Sulla reazione di Wassermann.* — Napoli, E. Ricciardi, 1922.

CINAGLIA RANIERO. *Quindici mesi di Chirurgia operatoria nell'Ospedale civile di Sassoferrato.* — Sassoferrato, Tip. Garofoli, 1922.

NACCARATI SANTE. *The Morphologic aspect of intelligence.* — New York, G. E. Stechert & C., 1921.

MASSIMI SALVATORE. *L'energia elettrica sotto forma di corrente alternata di alta frequenza nel trattamento delle ferite.* — Roma, «Grafia», 1922.

SEGRÈ MARIO. *L'elioterapia in ortopedia.* — Modena, A. Artioli, 1921.

BASTOS HENRIQUE. *Un caso de tumor primitivo do uretero.* — Lisboa, Tip. Adolpho Mendonça, 1922.

RACCHIUSA SANTE. *Sul potere proteolitico del succo pancreatico con speciale riguardo all'azione esercitata dal* $Ca\,Cl_2$. — Messina, S. Guerriera, 1922.

ID. *Sui granuli metacromatici del bacillo difterico.* — Roma, Ind. Tip. Romana, 1921.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Associazione italiana tra direttori sanitari di Istituti Ospitalieri.

Il 7 ottobre ebbe luogo in Venezia, in una sala dell'Ospedale Civile, l'assemblea annuale dei soci, sotto la presidenza del prof. Ligorio. Dopo serena ed ampia discussione furono approvati i seguenti ordini del giorno:

I. «L'Associazione:

«considerato il persistere delle tristissime condizioni economiche delle Amministrazioni degli Ospedali;

«fa voti perchè sia prorogata almeno per gli anni 1921 e 1922 la disposizione che mette i rispettivi disavanzi a carico dei Comuni e degli altri Enti ai quali spetta il pagamento delle rette di spedalità».

II. «L'Associazione,

«vista la tendenza di qualche Amministrazione ospedaliera a trasformare il proprio Istituto in *Policlinico;*

«tenuto conto dell'aumento del costo che ne verrebbe per ogni malato, della limitazione nell'autonomia degli stessi Istituti, dei maggiori ostacoli alla istruzione e alla carriera dei Medici ospedalieri;

«fa voti che tutto il personale ospedaliero concorde metta in luce gli inconvenienti di tale trasformazione e si adoperi acchè non sia attuata là dove non esiste;

«fa voti pure che siano istituite Scuole ospedaliere autonome ad istruzione e perfezionamento dei Medici pratici, seguendo l'esempio che Roma ha dato, e come avviamento all'istituzione dell'*Internato ospedaliero* prima della laurea».

III. «L'Associazione,

«considerato essere urgente che le *Scuole per il personale di immediata assistenza* siano regolate con norme e programmi uniformi;

«fa voti che Amministrazioni e Direzioni ospedaliere diano ad esse opportuno ordinamento che comprenda *due corsi*: il primo per chi deve coprire ufficio d'infermiere, il secondo per chi aspira a posto di graduato;

«che il primo abbia la durata di due anni, il secondo di uno;

«che siano adottati programmi uguali secondo lo schema che viene allegato;

«che la Direzione della Scuola venga affidata al Medico direttore e l'insegnamento a Medici ospedalieri dal medesimo prescelti e che della Commissione esaminatrice faccia parte il Medico provinciale;

«fa pure nuovamente voti che l'assistenza ai malati sia per la massima parte gradualmente affidata a personale *femminile;*

«che siano istituiti *Convitti* appositi modernamente ordinati e diretti, nei quali chi vuole dedicarsi alla professione di infermiera possa ricevere l'istruzione tecnica richiesta, facendo in modo che il reclutamento possa avvenire tra classi sociali meglio istruite».

IV. «L'Associazione,

«considerando che molti Ospizi e Ricoveri hanno esigenze d'indole igienica e sanitaria e ordinamenti di servizi identici a quelli dei comuni Ospedali;

«fa voti che agli Ospizi e Ricoveri aventi funzione ospedaliera siano estese le disposizioni del Regolamento sanitario-tipo per gli Ospedali».

Dei rapporti tra gli Ordini dei Medici e l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale.

Crediamo utile far noto il voto unanime del recente Congresso Medico-Chirurgico Marchigiano (Ancona, 11-13 settembre 1922) sull'importante relazione del prof. Angelo Alberti, presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Pesaro-Urbino, per la collaborazione tra gli Ordini dei Medici e l'Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Riportiamo le conclusioni della relazione ed il testo del voto di approvazione a queste:

Conclusioni della relazione Alberti.

1. — I rapporti tra gli Ordini dei Medici e Istituto di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale debbono essere costanti, bene coordinati, intensi. E ciò allo scopo che gli Ordini dei Medici, per quanto riguarda i problemi dell'Igiene e della Assistenza, diventino quell'organo intermedio che a volta a volta trasmette dal centro (Istituto) alla periferia (singoli medici) notizie, quesiti, inchieste e dalla periferia al centro, proposte, notizie, ecc.

2. — Gli Ordini dei Medici debbono essere ancora elemento sostanziale di controllo. Esistendo essi in ogni singola Provincia, possono e debbono esprimere il loro pensiero sulla opportunità ed utilità di determinate inchieste, ricerche, ecc., avuto riguardo alle circostanze locali. E così pure esamineranno, postillando, con il proprio parere, proposte che vengano inviate dai singoli soci per l'Istituto.

3. — Se l'Istituto centrale organizzerà una seria ed efficace propaganda provinciale, delle eventuali riunioni, conferenze, ecc., dovrà in ogni Provincia farsi organizzatore l'Ordine dei Medici.

4. — A rendere più efficace l'impegno di una così utile opera sociale, sarà bene sia fatto cenno dell'obbligo di essa da parte degli Ordini dei Medici in una eventuale modificazione della Legge sugli Ordini stessi.

5. — Occorrerà studiare un particolare, sia pure modesto, finanziamento per ciascun Ordine allo scopo di favorire, diffondere, la benefica opera

dell'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

6. — L'Istituto segnalerà ai Poteri centrali l'opera benemerita di quegli Ordini che più si saranno distinti nel magnifico intendimento di risvegliare nei cittadini la coscienza dell'immenso valore dei problemi d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Ordine del giorno - Prof. Alberti.

Il Congresso, udita la relazione Alberti sui possibili rapporti tra gli Ordini dei Medici e l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale, ne approva le conclusioni e fa voti che:

« La Federazione degli Ordini dei Medici si interessi a che si stabilisca una costante e proficua collaborazione tra essi e l'Istituto Nazionale.

« Dà mandato alla Presidenza del Congresso di comunicare il presente ordine del giorno tanto alla Direzione dell'Istituto Nazionale, quanto a quella della Federazione degli Ordini ».

Il nuovo Istituto dell'Opera di Prevenzione Antitubercolare infantile della Provincia di Milano.

L'Opera di Prevenzione Antitubercolare Infantile promossa dal sen. Luigi Mangiagalli, attuata sotto gli auspicî del comm. Carlo Cavalli, non ha molti anni di vita e già si è affermata nel campo sociale milanese come una tra le più provvide e benemerite istituzioni.

Un gruppo dapprima esiguo di persone, considerando il numero grande di vite che ogni anno in Milano e provincia miete la tubercolosi, mosse a pietà di quei teneri bimbi che, vivendo in ambienti infetti, sono condannati sin dalla nascita, pensarono fosse opera altamente utile, ai fini della lotta antitubercolare, sottrarre al contagio i figli dei tubercolosi e portarli in ambienti sani, crescerli ed educarli sino al giorno in cui possono affrontare la vita sani di mente e di corpo.

Nel 1915 il primo nucleo di bimbi viene raccolto. Sono dapprima quattro, tutti lattanti, figli di donne tubercolose.

Il seme di bene è gettato e non tarderà a dare buoni frutti. Infatti è appena trascorso un anno ed i coniugi Winderling, in memoria del loro figliolo, cedono all'O. P. A. I. un villino a Biassono ove si fonda l'asilo « Gigino ». Nel frattempo il capitale, che all'inizio della crociata era assai modesto, andava aumentando così da permettere alla Carità di aprire le sue grandi braccia per accogliere in quel cantuccio tranquillo un numero sempre maggiore di bimbi, mentre fuori nel mondo infuriava la guerra.

Tre anni dopo l'industriale Piero Preda, anima eletta di filantropo, donava all'Opera di Prevenzione la superba villa dei principi Gonzaga in Olgiate Olona.

Il gesto ammirevole trovò subito degni imitatori che a gara vollero arredarla e trasformarla per il nuovo compito al quale era destinata dalla Provvidenza.

La mole del palazzo patrizio, cinta da un vasto parco, lungi dai centri cittadini, apre al sole ed all'aria le sue cento finestre. Cortili spaziosi, prati verdeggianti, giardini ombrosi, tutta questa ricchezza tratta dalla natura per la gioia di pochi privilegiati è offerta ai nuovi ospiti che ne prendono possesso.

Si sono creati refettori, scuole, dormitori, bagni, nè manca la piccola infermeria e persino un frutteto al quale saranno rivolte di preferenza le cure e le speranze dei nuovi signori.

Villa Gonzaga accoglie bimbi di tutte le età. L'O. P. A. I. li prende neonati dalle mani materne e li affida alle cure di nutrici o a *crèches* presso le quali trascorrono il periodo d'allattamento.

Fatti più grandicelli passano agli asili e più tardi alle colonie campestri ed in tal modo, alternando lo studio col giuoco, la ginnastica e la vita all'aria libera, si provvede alla loro educazione fisica, morale ed intellettuale. A preferenza i ragazzi vengono avviati verso i lavori agricoli come più rispondenti ai bisogni delle loro nature, cercando di far amare ad essi quell'« alma tellus » troppo trascurata dagli uomini, mentre è per loro fonte di salute e di felicità.

Resi in tal modo forti ed operosi, sottratti alla minaccia di un sicuro contagio, vengono restituiti alla società perchè a loro volta si facciano banditori nella lotta contro il flagello che li aveva sfiorati.

(Da *L'Osped. Maggiore*).

Cronaca del movimento professionale.

In merito ad una nomina.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici di Torino, nell'ultima sua seduta, venuto a conoscenza della nomina senza concorso per parte della Cassa Nazionale Infortuni di un primario di Chirurgia destinato al Reparto di S. Vito;

prescindendo totalmente dalla persona del collega nominato;

deplorando che presso la Cassa Nazionale Infortuni, Ente di istituzione statale, il quale, come tale, non dovrebbe permettersi di violare le più elementari disposizioni in materia di nomine presso Uffici pubblici, si proceda a nomine di sanitari senza regolari concorsi;

delibera di adoperarsi con ogni mezzo perchè in avvenire tutti i posti vacanti presso Enti pubblici siano assegnati solamente in seguito a pubblico, regolare concorso;

invita il Consiglio direttivo centrale della Cassa Nazionale Infortuni di volere d'ora innanzi indire concorsi secondo le norme consuetudinarie per le nomine dei suoi dipendenti sanitari;

e dà mandato al Consiglio Federale degli Ordini dei Medici di appoggiare questa sua deliberazione presso chi di ragione, adottando, nel caso in cui essa non fosse presa nella dovuta considerazione, quei provvedimenti che riterrà più opportuni, a tutela della dignità e dell'interesse della classe medica.

Importante decisione del Consiglio di Stato in tema di concorsi.

Bandito dal Comune di Formia un concorso per titoli al posto di medico condotto, si richiese ai concorrenti la presentazione dei documenti comprovanti, fra l'altro, il possesso della laurea in medicina e chirurgia; questa dovrà essere esibita, soggiungeva il bando, in originale od in copia notarile.

La Commissione giudicatrice volle stabilire come criterio di preferenza il «punto di esame di laurea» ed a tal uopo tenne conto di «certificati di laurea con l'indicazione dei punti» che non tutti i concorrenti avevano prodotto; in particolare valutò quello di un concorrente, il dott. Vitolo, rilasciato dall'Università di Napoli il 23 novembre 1920.

Insorse il dott. D'Angelo contro la deliberazione del Consiglio comunale che aveva sostanzialmente ratificato il procedimento illegittimo della Commissione giudicatrice e con recente elaborata decisione il Consiglio di Stato (Sez. IV) ne ha accolto il ricorso.

Osserva il Supremo Consesso Amministrativo che — richiesta la presentazione del solo diploma — non poteva la Commissione legittimamente stabilire come criterio di giudizio comparativo il punto dell'esame di laurea e che altra «irregolarità» non meno grave fu ammettere e valutare un certificato prodotto dopo la scadenza dei termini.

(Dall'*Italia Sanit.*).

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Riporto dal fasc. preced.	L.	2470
Dott. Pazzaglia	»	100
Magg. Forti	»	100
Dott. Forti	»	100
Dott. Lozzi	»	30
Prof. Casagrandi	»	100
Prof. Mendes	»	110
Ten. Potenza	»	100
Col. Ferroluzzi	»	130
Ten. Giacobbe	»	70
Col. Recchione	»	130
Dott. Mazzetti	»	100
Cap. D'Amico	»	100
Dott. Guerri	»	20
Dott. Martelli	»	20
Dott. Sterbini	»	90
Dott. Barbieri	»	70
Prof. Carruccio	»	150
Dott. Falcioni	»	50
Prof. Alessandri	»	500
Prof. Ascoli	»	500
Redazione del «Policlinico»	»	100
A riportare	L.	5140

(*Continua*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9684) *Licenziamento per compiuto biennio.* — Dott. T. R. da V. — Essendo stata licenziata dopo il termine stabilito dalla legge, è *virtualmente stabile*. Qualora fosse dal Comune fatto qualche atto che possa far presumere il contrario, impugni tale atto, come ultroneo. Pel momento può ricorrere al Prefetto perchè non visti la deliberazione, che fu notificata all'interessato, oltre i termini di legge.

(9690) *Medico di due condotte.* — Dott. abbonato n. 4910. — Non vi è diritto azionabile pel medico di una condotta a ricevere lo stipendio intero fissato pel titolare di una seconda condotta, assente. Dovrebbe avere l'intero stipendio solo se nella convenzione stipulata col Comune si sia previsto il caso e fissato il compenso. In mancanza occorre prendere opportuni accordi con l'Amministrazione comunale. In linea di equità crediamo, però, giusto che al medico, che esercita le funzioni di un collega assente compete lo stipendio a questi dovuto. Certo è pure che deve essere corrisposta l'indennità trasporto in doppia misura. La ritenuta Cassa di previdenza va pagata una sola volta e non a doppio. Se fra due privati sorge una quistione igienica, a decidere la quale sia chiamato l'ufficiale sanitario, questi deve essere ricompensato a carico dei contendenti.

(9695) *Visita alle carni macellate.* — Dott. C. S. da B. — Per l'art. 8 del Regolamento di vigilanza igienica nei Comuni, ove manchi il veterinario spetta all'Ufficiale sanitario la visita delle carni macellate.

(9696) *Libretti di lavoro.* — Dott. A. D'A. da S. S. — La visita medica è una operazione preliminare al rilascio del libretto di lavoro. Se si dice che la spesa di questo deve andare a carico del Comune, deriva per conseguenza che la visita medica precedente deve andare a carico di chi paga il libretto, sia o meno inscritto nell'elenco dei poveri.

(9697) *Commissione giudicatrice.* — Dott. S. C. da C. — Dalle parole «*in base ai giudizii suesposti*» che si leggono nella relazione della Commissione, si desume che questa ha espresso un suo parere o giudizio su ciascun concorrente. Ciò basta per ritener motivata la decisione. Non si saprebbe consigliare di produrre ricorso, perchè l'esito ne sarebbe molto dubbio.

(9698) *Pensioni.* — Dott. M. D. Z. da R. di P. — Potrà chiedere la pensione nel 1924. Con la legge vecchia avrebbe annue lire 1119, con la nuova lire 2259. È bene attendere.

(9699) *Armadio farmaceutico.* — Dott. G. T. da C. — Nessuna disposizione di legge o di regolamento autorizza il medico a tenere presso di sè una scorta di medicinali per distribuirli agli infermi in caso di urgenza.

(9701) *Indennità caro-viveri.* — Dott. G. C. da P. R. — Poichè le autorità locali indugiano a risolvere il caso che Le interessa a riguardo della

indennità caro-viveri, bisogna ricorrere al Ministero dell'Interno, su carta da bollo da lire 2.00.

Doctor JUSTITIA.

Medici coloniali al Congo Belga. — All'abbon. n. 7676, Gorizia:

Per essere ammesso come medico coloniale nel Congo Belga, bisogna rivolgersi al «Ministère des Colonies», 6me Direction. Bureau 14 - Bruxelles (rue de Namur); da questo ufficio Ella potrà avere tutte le notizie che desidera. M. C.

Benemerenze della salute pubblica. — Al dott. A. G., abb. n. 1814(1):

Le proposte per la concessione di Benemerenze alla salute pubblica sono di regola fatte dai rispettivi Capi di Ufficio (Sindaci, Autorità militari, ecc.) e trasmesse pel tramite dei Prefetti al Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità).

Ciò non esclude che l'interessato possa rivolgersi ad una qualsiasi di queste Autorità esponendo e documentando i servizi resi. M. C.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di ufficiale sanitario per 11 comuni (v. fasc. 29) è prorogata alle ore 12 del 30 nov.

COLLALTO SABINO (*Perugia*). — La scadenza del concorso per medico consorz. è prorogata a tutto il 10 novembre.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Scad. 10 nov. Vedi fasc. 42.

MONDOLFO (*Pesaro*). — A tutto il 16 nov.; abitanti 2002; L. 7000 fino a 500 pov., L. 1000 disag. resid., doppio c.-v., L. 3 addizion., 5 quadrienni dec.; cav. provvista dall'Amm. consorz. Età limite 40. Chiedere annunzio.

MONTEFRANCO (*Perugia*). — A tutto il 30 nov., L. 6000 e 3 quinq. decimo, due c.-v.; convenzioni con i non compresi nell'elenco dei poveri, già esistenti e che il titolare potrà confermare; abitazione. Il medico non deve avere impegni con la C. R. nè con altri Enti, nè obblighi di serv. milit. trascorso il periodo obbligatorio di reclutamento. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

PALERMO. *Sanatorio Popolare «V. Cervello».* Due medici assistent. Titoli ed esami. L. 6000, alloggio e vitto. Docum. alla Segreteria dell'Ufficio di Amministr. (via Divisi, 93, presso il R. Istituto d'Igiene). Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

ROMA. *R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica dell'Università.* — Aiuto effettivo; vedi fascic. 41. Scad. 30 nov.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 30 nov.; 3ª cond., resid. a Palazzone. L. 6000 e 8 trienni ventesimo. L. 2000 trasp., c.-v.

VALL'ALTA (*Bergamo*). — Cond. residend. Vall'Alta-Frazioni Albino; a tutto 16 nov. Ab. 4036 di cui circa 1000 pov.; km. 7. L. 6500 più L. 250 ogni centinaio dopo il primo migliaio sino a 2000 e L. 350 oltre; c.-v. di legge; L. 500 quale uff. sani.; L. 500 mezzi trasp.; L. 300 spese ambulat.

Il comune di Travenna, prov. di Campobasso, cerca medico interino con probabilità di nomina. Stipendio L. 375 mensili oltre il caro-viveri. Popolazione 2106 riunita. Poveri 200.

Cerco interinato. - Manzo, via dei Serpenti, 3 - Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al capitano medico in congedo Iorino dott. Antonio è stata conferita, con D. R. del 24 agosto u. s., la medaglia di bronzo al merito della Sanità Pubblica per le benemerenze acquistate durante la pandemia influenzale del 1918-19, essendo stato in quell'epoca comandato dal Ministero della Guerra in servizio civile nelle provincie di Palermo e Macerata.

NOTIZIE DIVERSE.

Il II Congresso internazionale delle dottoresse in Medicina e Chirurgia.

Fu tenuto il mese scorso a Ginevra. Erano rappresentate 19 Nazioni, con un centinaio circa d'intervenuti, si può dire da ogni parte del mondo. Severo e brillante consesso ad un tempo, poichè composto per la maggior parte di donne serbanti tutta la gentile loro femminilità, sebbene dedicate a studi severi.

I lavori del Congresso si svolsero in una aula universitaria, dove il decano dei professori dette alle convenute il saluto del corpo accademico.

Temi all'ordine del giorno: l'«Attività medica femminile», sul quale ogni delegata doveva riferire riguardo alla propria Nazione: per l'Italia parlò applauditissima la dott.ª M. Carcupino Ferrari, presidente dell'Associazione Nazionale Italiana; «Lotta contro la tratta delle bianche»; «Lotta contro le malattie sessuali»; «Lotta contro il traffico degli stupefacenti»; «Difesa del bambino dalla morte e dalla deformazione». Interessanti relazioni furono portate su questi argomenti dalla dott.ª Clelia Lollini, dalla prof.ª Borrino, e dalla dott.ª Carcupino Ferrari.

Le congressiste ebbero inviti e ricevimenti dalla città di Ginevra, dalla Croce Rossa, dalla Confederazione generale del lavoro, ove Léon Bernard tenne loro un magnifico discorso augurale, chiedendo la collaborazione delle medichesse per la soluzione dei più gravi problemi sociali e igienici.

Il prossimo Congresso internazionale sarà tenuto a S. Francisco di California: la delegata dell'Italia, dott.ª Carcupino, fu chiamata a far parte del Comitato ordinatore.

Assegnazioni straordinarie agli Ospedali.

Il presidente del Consiglio dei ministri on. Facta ha disposto che agli ospedali siano assegnate somme nel massimo limite possibile sui contributi dei pubblici spettacoli. Si è deciso tale concessione in seguito a relazioni delle autorità preposte agli Istituti di beneficenza. Congrue somme sono già state disposte a favore di varî Enti ospedalieri.

Un'interrogazione sul Servizio Sanitario nelle FF. SS.

L'on. Capasso, in seguito alle vive discussioni e polemiche, sorte in merito al servizio medico delle Ferrovie dello Stato, ha presentato la seguente interrogazione:

«Il sottoscritto interroga il Ministro dei Lavori pubblici sull'andamento del servizio sanitario delle Ferrovie dello Stato».

Donazione ingente.

La signorina Adelina De Marchi, già benemerita degli Istituti Clinici di Milano per precedenti cospicue donazioni, ora a mezzo del sen. Luigi Mangiagalli, ha destinato L. 500,000 in buoni del Tesoro per il funzionamento del Padiglione di Biochimica e Terapia sperimentale eretto per munifica elargizione del comm. Giovanni Rizzi, primario medico nell'Ospedale Maggiore.

Scuola di Odontojatria e Protesi Dentale annessa alla R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni dei Medici chirurgi al corso annuale 1922-1923, pel conseguimento del diploma di perfezionamento in Odontojatria e Protesi.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Bologna, o presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della Bocca, via S. Vitale, 59 Bologna (13), nei locali del quale ha sede la scuola.

Corso di perfezionamento a Vienna.

Si terrà dal 4 al 16 dicembre 1922 presso la Facoltà Medica, e verterà sui progressi della chirurgia generale, ortopedia, urologia, ginecologia ed ostetricia, con speciale riguardo alla terapia. Per le iscrizioni, i programmi e le informazioni rivolgersi al segretario Dr. A. Kronfeld (Wien IX, Porzellangasse 22). Tassa d'inscrizione per gl'italiani 100,000 corone. L'ufficio del Corso avrà sede, a partire dal 1° novembre, presso la casa della *Società dei Medici* (Wien IX, Frankgasse 8). Un altro corso di perfezionamento viene organizzato dal 12 al 24 febbraio 1923 sulle malattie cutanee e sessuali.

Oltre ai corsi suddetti, durante i quattro trimestri dell'anno si svolgono, presso le Cliniche di Vienna, corsi speciali per medici, in tutti i campi della medicina. Il programma può ottenersi chiedendolo agli stessi indirizzi di cui sopra.

Per l'allevamento dei bambini psicopatici in Germania.

Essendo stato riconosciuto il valore dell'educazione dei bambini nervosi (psicopatici e tardivi psichici) in seno a famiglie di medici, si è costituita a Berlino una stazione per l'assegnamento di questi bambini a medici che siano disposti ad assumerli. Ha sede presso lo «Organisationsamt für Säuglings und Kleinkinderschütz in Kaiserin Augasta Victoria Haus» in Berlin - Charlottenburg, Mollwitz - Frankstrasse; è affidata al dott. Pototzky, direttore della Policlinica per bambini nervosi e difficilmente educabili.

Per tifo addominale contratto nel compimento del proprio dovere professionale, decedeva il 25 settembre, appena trentaquattrenne, a S. Costantino Calabro, il dott. FRANCESCO LOMBARDI COMITE, ufficiale sanitario, ex combattente nelle guerre italo-turca e italo-austriaca, decorato di medaglia al valor militare e della croce di guerra, cavaliere della Corona d'Italia per merito di guerra. Era sposato da 10 mesi appena. Fu un sanitario valente ed apprezzato. N.

Si è spezzata a 45 anni l'esistenza del dottor EMIDIO DE ALBERTIIS, aiuto onorario alla II Clinica chirurgica universitaria di Napoli.

Ricco di censo, come per un dovere inderogabile di abnegazione si foggiò nell'esercizio professionale, che fu da lui inteso quale un apostolato di bene, prima a Cellino, suo paese di origine, quindi ad Atri, sua seconda patria d'elezione per gli affetti familiari. Quale medico di guerra, milite disciplinato, non diede solo il sussidio validissimo della sua coltura e della sua esperienza, ma prodigò ogni cura con senso di fratellanza umana. L'epidemia influenzale lo ritrovò al suo posto; la sua assistenza fu, come sempre, assidua e senza tentennamenti, vigile, premurosa, sapiente.

P. A.

Si è spento a New York il chimico giapponese dott. JOKICHI TAKAMINE, in età di 69 anni; da 30 anni viveva negli Stati Uniti; il suo nome rimarrà legato, nella scienza, alla scoperta dell'adrenalina e della taka-diastasi. *a. p.*

È decesso a Utrecht, in età di 74 anni, CORNELIUS A. PEKELHARING, professore di patologia generale e di anatomia patologica in quella Università.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

C. blatt. f. innere Medizin, 15 luglio. — P. ENGELEN. Ricerche con lo sfigmobolometro di Sahli.

Id., 22 lug. — A. GREIL. Sulla dottrina della costituzione e la produzione di anomalie costituzionali.

Amer. Medicine, giugno. — W. N. BERKELEY. Aspetti pratici della diagnosi e terapia del diabete. — L. V. KEAR. Psicastenia: un problema endocrino. — I. RAPHAEL. Diagnosi precoce della demenza paralitica.

Pensiero medico, 22-29 lugl. — G. LODATO. Lotta antitracomatosa.

British med. Journ., 29 luglio. — Num. dedicato al 10° Congresso dell'Associaz. medica inglese.

Riforma medica, 31 luglio. — P. F. ZUCCOLA. Azione farmacologica del ferro.

Münch. med. Woch., 21 luglio. — V. MÖLLENDORFF. Secrezione interna del rene? — PLATE. Malattie articolari croniche e loro trattamento. — KISCH. Sull'ipertonia nel climaterio.

Brazil-Medico, 1° luglio. — C. FONTES. Perforazioni esofago-pleurali. — D. PARREIRAS. Risanamento rurale.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 giugno. — A. TESTI. Pseudo tub. streptotricosi polmonare.

Le Scalpel, 22 luglio. — P. KOWIDINIY. La rieducazione dei muscoli. — L. LEDOUX. Trattamento delle stenosi esofagee per scottature.

Pediatria, 1° agosto. — O. COZZOLINO. Un nuovo segno della adenopatia tracheo-bronchiale nei bambini. — G. CARONIA. Sul potere leucolitico del siero di sangue.

Rev. ibero-amer. de Ciencias medicas, giugno. — R. PINILLA. Cardiopatie e crenoterapia.

Id., luglio. — A. MUT. Frenocardia ed emozione.

Riv. san. siciliana, 1° ag. — E. ARCOLEO. Calcolo ureterale pelvico. — G. MOTTA. Autoemoterapia nella prurigo.

Journ. méd. franç., giugno. — Num. monografico sulla costipazione.

Münch. med. Woch., 28 luglio. — STEINTHAL. Röntgenterapia dei tumori maligni. — PHILIPP. Azione disinfettante dei vapori di etere sui piogeni.

Presse méd., 2 agosto. — H. ISCOVESCO. I lipoidi. — G. BILLARD e A. MOUGEOT. La mioipertrofia arteriosa compensatrice.

Wiener klin. Woch., 27 luglio. — J. PAL. Arteriosclerosi ed arteriolosclerosi. — F. RÖDER. Teoria dell'infiammazione. — W. PEWNY. La sedimentazione delle emazie in urologia.

Deutsche med. Woch., 28 luglio. — EINHORN. Diagnosi differenziale fra malattie della cistifellea e dell'apparato digerente. — HEYMANN, STRAUSS, LANGE. Aumento di virulenza di bacilli acido-resistenti nel passaggio in animali. — ORCIIER. Rapporti fra chimismo dell'organismo e tetania.

Id., 4 ag. — PRIBRAM. Di alcuni progressi nella terapia. — LOONDCK. Influenza della tiroidina sulle emazie. — SCHIROKANER. Significato clinico dello zucchero del sangue. — FRIEDLÄNDER. Colorazione del sedimento urinario con alizarina.

Riv. di clin. pediatrica, luglio. — O. COCCHI. Guarigione di vizî valvolari nell'età infantile. — L. SIRONI e L. SABATINI. Enuresi essenziale nei bambini e mielodisplasia. — A. BORRIRO. È indispensabile l'uso del poppatoio?

Clinique et Laboratoire, 30 luglio. — P. BAR. Trattamento dell'eclampsia con accessi. — E. SERGENT. Diagnosi nella tub. polm. con le ricerca del bacillo nelle feci.

Prensa Méd. Argentina, 30 giugno. — F. BAZAN. Emoclasia digestiva nell'insufficienza epatica dell'infanzia. — A. NAVARRO. La pressione sanguigna nella diagnosi precoce della flebite.

Medicina Ibera, 29 luglio. — J. BASTERRA SANTA CRUZ. L'estrazione del vitreo. — S. CARRO. Studio radiologico sulle pieghe della mucosa gastrica.

Brazil-Médico, 8 luglio. — S. MELLO. Resistenza dei capillari sanguigni: un nuovo metodo di esame clinico.

Liguria Med., 1 mag. — A. BARLOCCO. La curva azotemica nella pneumonite lobare.

La Stomatologia, mag. — P. BOGGIO. Gengivite ipertrofica recidivante.

Tubercolosi, lug. — N. SFORZA. Pneumotorace da spostamento.

Riv. crit. di Clin. Med., 25 lug. — A. MALAGUTI. Lue interessante nervi cranici.

Brazil-Medico, 22 lug. — S. MELLO. Sul trattamento delle dissenterie amebiche croniche con io *yatren*.

La Prensa Méd. Argent., 20 lug. — S. MAZZA, S. SONNENBERG e C. GUERRA. Parassitismo dei germi venerei. — D. S. CÚNEO. Trattamento estetico delle cisti sebacee.

Medic. Ital., lug. — C. CATTANEO. L'elemento costituzionale nel determinismo delle malattie dell'infanzia.

Studium, 20 lug. — A. CARDARELLI. Aneurisma dell'arco aortico. — G. AIELLO. Azione antidiuretica dell'estratto ipofisario e funzionalità renale.

Journ. de Méd. de Paris, 22 lug. — Lo *choc* nella terapia delle malattie infettive.

L'Osped. Magg., 31 lug. — V. MATTEI. Ricerca dell'urobilina nelle urine.

Journ. Trop Med a. Hyg., 1 ag. — L. ANIGSTEIN. Ricerche serologiche sui protozoi.

Presse Méd., 12 ag. — M. CHIRAY e G. SEMELAIGUE. Colecistite cronica non calcolosa. — M. RÉVEL. Stati d'obesità e di magrezza d'origine digestivo-respiratoria: l'indice respiratorio di consumo.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 ag. — GUYOT e FAVREAU. Iniezioni endovenose d'uroformina nelle infezioni chirurgiche.

Münch. Mediz. Woch., 11 ag. — KIELLEUTHNER. Lo stato attuale della chirurgia renale. — SCHOTTMÜLLER. Trattamento delle cistiti e delle cisto-pieliti. — GAUGELE. Reumatismi, algie e indurimenti muscolari.

Lancet, 12 ag. — S. VINCENT. Esame critico delle vedute correnti sulle secrezioni interne. — D.

PATERSON. Diarrea epidemica; esiti letali. — H. B. DAY. Effetti del bismuto sul rene.

British Medical Journ., 12 ag. — E. L. COLLINS e a. L'alcool.

Zbl. f. inn. Med., 12 ag. — A. ROSCHER. Reperti mielocitici nelle malattie interne.

Presse Méd., 16 ag. — M. KLIPPEL e A. FEIL. Le perforazioni tifose possono guarire senza peritonite e senza intervento?

ARCHIVI.

Ann. Inst. Pasteur, luglio. — G. ABT e G. LOISEAU. Reazione del mezzo e produzione di tossina difterica. — A. BENEDKA e Y. DE TREVISE. Vaccinazione delle cavie contro il sangue carbonchioso.

Arch. de Med. Cirugia y Espec., 29 luglio. — F. M. DE VEGA. Confronto fra la Wassermann e la Sachs-Georgi.

Arch. d. Maladies du Cœur, ecc., lug. — L. BARD. Modalità del rumore di galoppo in rapporto con le differenze del suo sincronismo. — TURRETTINI. Propagazione insolita e lontana del soffio dell'insufficienza mitralica.

Archivos de Cardiol. y Haemat., lug. — J. PLANELLES. Considerazioni fisiologiche e cliniche sulla diastole cardiaca. — W. JANOWSKI. La disfagia per i liquidi come sintoma precoce di dilatazione dell'arco aortico.

Archivos de Med., Cir. y Espec., 5 ag. — Numero sulla ginecologia.

Brain, 1. — F. R. MILLER e F. G. BAUTING. Sulle stimolazioni cerebellari. — C. N. ARMSTRONG. Tumore sopra-pituitario con sindrome di Fröhlich. — V. H. KEILLER. Anatomia della spina bifida. — J. ROSETT. La malattia di Thomsen.

Il Fascicolo 10 (1° ottobre 1922) della nostra **SEZIONE MEDICA**, contiene i seguenti lavori:

I. G. SABATINI: **Itteri statici e dinamici**.

II. A. ROCCAVILLA: **Elettrodiagnosi dinamica e secretoria delle alte vie digerenti mediante stimolazione diretta.**

III. G. MINGAZZINI - W. SPIELMEYER: **Histopathologie des Nervensystems.** (*Notizia bibliografica*).

Un fascicolo di 48 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 6 Novembre 1922 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RESOCONTI DI CONGRESSI.

Seduta inaugurale dei Congressi di Medicina Interna e di Chirurgia in Firenze.

21 ottobre 1922 (ore 10).

Nel salone dei Duecento in Palazzo Vecchio ha avuto luogo la solenne inaugurazione dei Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia.

Prende per primo la parola il sindaco G. U. prof. GARBASSO. Salutando i convenuti, l'oratore ricorda come in Firenze sieno sempre fioriti gli studii medici. Nella costituzione del 1292 insieme ai Priori rappresentanti del commercio, dell'industria e della banca fu chiamato a partecipare al Governo del Comune il capo dell'arte dei medici e degli speziali. Il Villani narra che nella seconda metà del 1200 furono chiamati ad insegnare medicina e praticarla fuori di Firenze Maestro Taddeo, Dino del Garbo e un Torrigiano che fu invitato a Parigi. I nostri ospedali risalgono al 1200. Nel 1321 i priori stabilendo di offrire a Firenze uno Studio Generale, disposero che, oltre il diritto, si dovesse ivi insegnare la medicina.

Quando Lorenzo il Magnifico, per ragioni politiche, trasportò a Pisa alcuni insegnamenti superiori, fece rimanere in Firenze gli studii della medicina che sempre ebbero sede in Santa Maria Nuova.

Anche nei secoli XVIII e XIX la medicina fiorì in Firenze: bastano i nomi di Paolo Mascagni, di Vincenzo Chiarugi, di Maurizio Bufalini.

L'oratore porge un saluto ai capi attuali degli istituti medico-chirurgici del nostro Ateneo, i quali tengono altissima la fama gloriosa dello studio fiorentino. Purtroppo i Gabinetti ed i laboratori non sono quello che dovrebbero essere: ma non è questa colpa del Comune di Firenze che spende per il suo Ateneo non solo più di quello che spende ogni altro grande Comune, ma spende quasi quanto spendono insieme gli altri grandi Comuni. Perciò la colpa non è del Comune, ma è più in alto.

Rinnovando i saluti agli intervenuti, il Sindaco termina il suo genialissimo discorso esprimendo la speranza che, dopo il Congresso, i convenuti partiranno soddisfatti della ospitalità che con letizia e simpatia Firenze offre a loro.

Il discorso del prof. Maragliano.

Il sen. MARAGLIANO pronunzia il seguente discorso:

« A Firenze dotta e gentile, alle Sue alte Magistrature Civili e Militari, al Corpo Medico che la onora, oggi le Scuole Cliniche Italiane dicono qui per bocca mia il loro entusiastico e riverente saluto: qui, dove arti e scienze nel corso dei secoli segnarono in mirabile connubio, orme immortali; quel connubio, che avveratosi prima in una sola mente — la più eletta che dagli evi remoti ad oggi abbia illustrato l'umanità: quella di Leonardo da Vinci — ad opera poi di artefici divini irradiò, per ogni ramo delle arti e delle scienze, le mediche comprese, luce creatrice nel mondo.

E ci sentiamo onorati dall'essere qui ospiti di questa Scuola Fiorentina da dove, quando la medicina brancolava nel buio in vaneggiamenti aprioristici, la voce di Maurizio Bufalini additava quell'indirizzo obbiettivo e sperimentale che doveva via via condurre la Medicina Italiana agli attuali fastigi.

Il nome di Maurizio Bufalini fu nel tempo troppo dimenticato in Italia e l'opera sua spesso misconosciuta. Innanzi alla posizione assorbente assunta in quel turno di tempo dalla patologia cellulare, i concetti del Bufalini, che insegnava essere i morbi dovuti alle alterazioni dei solidi e degli umori da cui è costituito l'organismo, parvero antiquati, rispecchianti l'umorismo Ippocratico e Galenico ed omai superati dall'opera di Wirchow e dei suoi seguaci.

Ma oggi che le scienze biologiche — fra queste la chimica sovratutto — dimostrano di giorno in giorno nuove e sempre più estese modificazioni degli umori organici nel corso dei processi morbosi, e la patologia sperimentale mette in luce il significato patogenetico di queste alterazioni nella genesi di svariate situazioni patologiche, è dovere nostro ricordare che Bufalini non si lasciò sedurre dall'assolutismo della patologia cellulare, ma in base alle osservazioni cliniche intuì la verità. Il suo «misto organico» riprovato e quasi deriso, oggi, per quanto designato in appellativi diversi, si impone, e la concezione che parve dottrinale è divenuta realtà, dimostrata realtà.

I facili critici — la medicina ne ha sempre avuti e sempre ne avrà — sorrideranno innanzi a questo ricorso odierno e lo paragoneranno a quello alterno delle mode nell'abbigliamento che, nei varî cicli di tempo, dopo di essere scomparse si riaffacciano nel mondo dell'eleganza. Non è moda, no, miei Signori, non è regresso, non è ritorno all'antico, ma illustrazione di veri, intuiti prima da menti elette, misconosciuti poi perchè non se ne comprendevano le ragioni, ed infine messi in luce da conquiste fatte nei vari rami dello scibile.

Così è sempre succeduto in ogni campo della umana attività, così accade per la medicina. Così oggi si comprende che in patologia non si possono più considerare nei processi morbosi interni i vari organi a sè, e che le alterazioni istologiche riscontrate in uno di essi non sono tutta la malattia, frutto invece di una catena di cause e di effetti da cui essa è creata ed estesa a tutta la macchina umana, per mezzo di fattori molteplici, nei quali giocano una parte importante le correlazioni organiche intime. Gli umori alterati, gli elementi mobilitabili, i risentimenti nervosi legano tutti gli organi e tutte le funzioni dell'economia gli uni agli altri e creano a ciascun soggetto una personalità patologica risultante dalle modalità di questi legami. E fra questi mezzi di connessione, oggi si devono prendere in considerazione, quelli derivanti dalla svariata attività degli organi endocrini e delle conseguenti secrezioni interne: campo fecondo di applicazioni cliniche e terapeutiche, promessa per l'avvenire, quando usciti dalle incertezze ed anche da esagerazioni ipotetiche, saranno meglio appurate le nostre conoscenze, sopra questi fra i fattori nella vita normale e patologica dell'organismo umano, e la clinica le avrà vagliate e applicate. Perchè, e questo non si dovrebbe mai dimenticare e spesso si dimentica, la clinica sola può vagliare le conquiste delle scienze biologiche nelle loro possibili applicazioni alla patologia umana, e deve ribellarsi alle imposizioni che le vengono dai cultori specializzati nelle branche dello scibile medico, per quanto eminenti essi siano, quando pretendono che la clinica accetti le loro conclusioni e le applichi, prima di averle vagliate e corrette o respinte, sempre in base ai fatti osservati presso gli infermi.

Queste sono le funzioni della vera clinica. Così la intese qui Maurizio Bufalini, così la intesero i due grandi Maestri che furono successori suoi, Cesare Federici e Pietro Grocco, che mantennero alla Scuola Fiorentina il suo indirizzo pratico e lo fecondarono: così mostra di intenderlo Ferruccio Schupfer che giunto alla cattedra dopo avere con solidi studi e con pubbliche prove pratiche dimostrato il suo valore clinico, segue qui luminosamente le tradizioni della Scuola Medica Fiorentina e della Clinica Italiana per eccellenza; la scuola di Guido Baccelli, di cui fu allievo meritamente prediletto. Questa, miei Signori, è la vigesima ottava riunione del nostro sodalizio destinata come le precedenti a rispecchiare l'attività scientifica della medicina italiana: attività che fu e non è inferiore a quella delle scuole straniere e che in qualche parte la supera. Basta riandare i rendiconti dei nostri precedenti congressi per averne la prova e per dimostrare che al movimento odierno ed ai nuovi atteggiamenti che la clinica assume, i lavoratori italiani hanno portato tutto il largo contributo di indagini originali e di sintesi cliniche nuove.

Il campo delle secrezioni interne, quello della ematologia, quello della chimica biologica, quello della batteriologia, nei loro rapporti colla patogenesi dei morbi furono largamente e con frutto coltivati, mettendo in luce fatti nuovi, correggendo errori ed esagerazioni. E la clinica a sua volta applicando le nuove conquiste per quanto applicabili, e fecondandole colle sue osservazioni ha allargato le basi della medicina pratica, ha segnalato lacune prima non intravvedute, ha dato nuovi e più razionali indirizzi alla diagnosi ed alla prognosi e alla terapia. Così scindendo le modalità di lesa funzione delle alterazioni degli organi, ed assegnando ad esse una personalità propria nelle valutazioni diagnostiche, prognostiche e curative, ha reso oggi possibile una più sicura valutazione ed un più utile trattamento di vari stati morbosi, specie di quelli pertinenti all'apparecchio circolatorio, al fegato ed ai reni. Così partendo dalle conquiste sulla fisiologia della nutrizione, portò sopra un terreno positivo la conoscenza e la cura delle malattie del ricambio, così con grande vantaggio della pratica nelle infezioni potè sce-

verare la parte preponderante che spetta alla tossiemia, così utilizzando le conquiste della immunità interpretandole ed adattandole alla patologia umana, aprì nuovi orizzonti alla prevenzione ed alla cura di morbi infettivi che attentano più crudelmente alla vita umana, così studiando le intossicazioni endogene e la loro funzione patogenetica, rese possibile la comprensione e la cura di stati morbosi finora ignorati e non compresi.

Il capitolo nuovo che nasce: quello delle correlazioni normali e patologiche fra i vari organi e fra le varie funzioni della macchina umana, dovrà registrare i nomi di lavoratori italiani nel novero di coloro che ne hanno gettate le basi.

È un capitolo destinato a creare nuovi orizzonti alla medicina clinica e si impone alla considerazione dei pratici. Fino ad ora si valutavano gli stati morbosi alla stregua dell'organo che si mostrava colpito ed in rapporto alla misura delle alterazioni constatate: non si comprendevano quelli che non si contenevano nella cerchia dei singoli capitoli della patologia degli organi: non si comprendevano quelle sindromi morbose che ogni giorno si presentano al capezzale degli infermi e che solo erano intuite da intelletti privilegiati, aguzzati da lunga consuetudine clinica.

Oggi il problema si presenta al medico in forma più lata: non è un organo, è tutto un organismo che deve apprendere a valutare e deve sapere valutare: non in via di intuizione ma per mezzo di investigazioni dimostrative con una semeiologia tutta nuova per cui la soluzione del problema scaturisca da investigazioni fatte con perizia tecnica, interpretate e collegate nei loro risultati con criterio scientifico. Così la comprensione degli stati morbosi e delle grandi sindromi cliniche non dipenderà più da valore artistico personale ma da cognizioni scientifiche assolute accessibili a tutti: la medicina sarà in ogni sua parte scienza positiva: la sintesi più alta dello scibile, la più nobile e la più benefica fra le scienze.

La via, miei Signori, a così nobile mèta è oggi chiaramente tracciata, spetta ai lavoratori di buona volontà il compierla. Il compimento non può essere opera di un uomo, ma almeno di una generazione. Ma volontà ed attività di lavoratori non basta ad attuarlo nella sua interezza: si richiedono nuove organizzazioni, nuovi mezzi.

Occorre che l'Istituto clinico sia differentemente organizzato e possa disporre di personale scientifico provetto nella dottrina e nel tecnicismo delle varie branche della biologia, che abbia laboratori speciali per ciascuno di esse forniti dallo strumentario opportuno, occorre che la mano ferma del capo coordini l'azione dei singoli nella stessa guisa che un capo di Esercito utilizza tutti gli organismi differenti a sua disposizione per attuare i piani prefissi.

Attualmente gli Istituti Clinici hanno sì assistenti operosi, ma che non posseggono e non possono possedere tutta la dottrina e tutta la tecnica specializzata e quindi la competenza indispensabile per fare fronte alle indagini necessarie allo studio dei vari problemi che presentano gli ammalati. Questi giovani Assistenti hanno fatto e fanno nelle varie scuole cliniche Italiane miracoli ed hanno illustrato bene qualche argomento isolato procurandosi a grande fatica, con dispendio di tempo e di energie le cognizioni speciali all'uopo necessarie, ma nessuna clinica italiana possiede gli specialisti *ex professo*, ed i mezzi necessari ad affrontare i grandi problemi che dallo studio degli ammalati scaturiscono, e che solo i clinici potranno risolvere dirigendo ed utilizzando l'opera di questi lavoratori speciali e competenti in particolari direttive.

Le facoltà hanno, sì, e devono avere le cattedre destinate alle varie branche dello scibile medico, ognuna delle quali ha e deve mantenere la propria personalità. Ciascuna di esse è destinata a coltivare ogni branca singola come scienza pura, colle proprie alte finalità, che convergono tutte a dare agli Atenei la dignità di centri di alta cultura, quali devono essere: ma è pur necessario che vi sia un centro in cui quello che le varie Scuole, di scienza pura apprendono, sia valutato ed utilizzato per organizzare la difesa della vita umana: questo centro non può essere che la clinica, dove solo possono essere risoluti i problemi relativi a questa alta e suprema finalità della medicina. Non paia troppo complesso e complicato il disegno, non seguiamo il dottrinarismo un po' tutto nostro, di arrestarci a discutere e contemplare le difficoltà che si presentano, ad attuare disegni che escano dalle consuetudini abituali nella cui cerchia le nostre generazioni si sono fino ad ora fossilizzate: rompiamolo questo cerchio che ha tarpato le ali a tanti valori e compressa l'espansibilità dello intelletto italiano che colla fosforescenza sua, colla sua attitudine sia alle fini indagini analitiche sia alle concezioni sintetiche è destinato ad esercitare azione creatrice in ogni campo della attività umana.

Negli Stati Uniti d'America, dove un popolo vergine, non vincolato dai legami della tradizione e da preoccupazioni di metodismo, affronta i disegni più audaci, non si ferma innanzi alle difficoltà, le rompe energicamente senza preoccupazioni di uomini e di cose, e vola rapidamente alla mèta prefissa, già esistono Istituti Scientifici, nei quali si raccolgono le competenze speciali diverse per avere dalla collaborazione di esse sotto la direzione di un capo autorevole, quei frutti che non si possono avere dalle operosità isolate.

Impariamo. Ed impariamo ancora a non attendere dal burocraticismo di Stato quel soffio di vita nuova che ci è necessario, chiediamolo al Paese, alle sue forze vive, alle sue energie, ai suoi mezzi privati. Diciamo ai cittadini Italiani quello che si deve fare, dimostriamo loro che il disegno nostro ha obbiettivi non speculativi, ma obbiettivi applicati e pratici, che la sua finalità è quella di giungere via via in modo sempre più largo, più completo, più efficace a difendere le loro vite, a prevenire, a combattere le loro sofferenze: ed i cittadini Italiani contribuiranno a creare in ogni

regione il nuovo Istituto Clinico Italiano, come la iniziativa privata ha creato qui in Firenze, questo mirabile Istituto Superiore di Perfezionamento da cui tanta luce è irradiata e irradia.

L'Italia che nel nome di Dante Alighieri ha altamente affermata la sua personalità di nazione che col sangue dei suoi figli la ha consacrata, qui dalla Firenze sua possa iniziare questo rinnovamento degli spiriti, e spanda nel mondo anche sul campo dei nostri studi le sue nuove energie.

Ed ora, Colleghi carissimi, diamo mano ai nostri lavori in attesa che la visione accarezzata diventi realtà. Noi, fatti vecchi, non la vedremo: a voi, giovani amici, il toccare la mèta radiosa lasciando a noi la soddisfazione di avervela chiaramente additata, di avervi addestrati a correre con sicura fede la via che ad essa vi deve condurre, ad affrontarne le asprezze ed a superarle.

Il prof. PASCALE, presidente della Società Italiana di Chirurgia, saluta tutta Firenze ed esprime la riconoscenza perchè si sia potuto tenere a Firenze questo Congresso. Saluta Firenze a nome della Società Italiana di Chirurgia, e a nome di Napoli, la quale non dimentica che i profughi napoletani trovarono in questa città asilo, soccorso, affetto. Ricorda gli scienziati della Scuola Chirurgica di Firenze che ha raggiunto il posto più alto fra le cliniche chirurgiche mondiali. Ricorda di avere iniziato i suoi studii chirurgici in questa Scuola fiorentina, che non solo è gloria di Firenze, ma è gloria d'Italia. Augura nuove vedute scientifiche per un maggior benessere sociale a maggior fortuna d'Italia.

Il prof. BURCI porta il saluto della Facoltà medica-chirurgica di Firenze. Esprime la soddisfazione per la collaborazione della Società Medica e della Società Chirurgica; augura frutti fecondi dai lavori di questo Congresso.

Il prof. GIGLIOLI dice: come presidente dell'Ordine dei Medici e dei Chirurghi porto oggi ai Congressisti di Medicina e Chirurgia il collegiale saluto della classe. Noi medici fiorentini siamo ben lieti di accoglievi in questa nostra città che ha scritta nella storia della medicina gloriose pagine antiche e recenti, e con la nostra frequenza ai nostri convegni dimostrammo tutto il nostro interessamento.

Ma uno speciale significato io voglio dare al saluto dei medici della campagna e dei piccoli centri, che per molteplici ragioni non hanno potuto intervenire; di quei medici che pur nel lavoro professionale, oggi ancor più arduo, hanno, per nobile tradizione della nostra terra, saputo mantenere sempre vivo il legame intellettuale con le più moderne manifestazioni del pensiero medico. Per voi, che ne siete qui gli esponenti, ben suoni oggi il caldo saluto anche dei modesti e lontani, che non di rado, con pochi mezzi e in gravi difficoltà, seppero portare prezioso contributo al progresso della medicina italiana.

XXVIII Congresso Italiano di Medicina Interna.

21 ottobre 1922.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Prof. QUEIROLO.

Comunicazioni riguardanti l'asma bronchiale e le malattie dell'apparato respiratorio.

FRUGONI C. — *L'asma anafilattico.* — L'O., in base specialmente ad ulteriori studi sperimentali e clinici, afferma che nella grande categoria dell'asma bronchiale essenziale quale fino a non molto tempo fa veniva concepito, occorre distinguere un gruppo di forme per le quali è stato possibile determinare l'agente sensibilizzante e provocatore dell'accesso; ed un altro gruppo per il quale ogni indagine è rimasta negativa. Nel primo gruppo si comprendono quelle forme da inalazione di polveri animali o vegetali, per le quali il metodo delle cutireazioni alla Walker ha permesso in un certo numero di casi di stabilire la natura dell'agente sensibilizzante. In questi soggetti a cutireazione positiva si è osservato che la stessa sostanza che dà cutireazione positiva è capace di determinare lo scoppio dell'accesso di asma; che allontanando la suddetta sostanza si evita la comparsa dell'asma, che è possibile desensibilizzare l'individuo di fronte alla stessa sostanza. Inoltre è stato possibile ottenere il trasporto da uomo ad uomo dello stato di sensibilità mediante l'iniezione in soggetto nuovo di siero di asmatico a causa asmogena nota.

L'individuo sensibilizzato così passivamente dimostra cutireazione nettamente positiva di fronte all'agente asmogeno del soggetto datore del siero. Negli ammalati di asma da inalazione a causa nota, è stato riscontrata la presenza di una crisi emoclasica ora parziale ed ora completa, comparente tra l'applicazione della sostanza asmogena e lo scoppio dell'attacco d'asma. La crisi emoclasica è stata osservata anche negli individui, già anafilattizzati passivamente, in seguito alla inalazione della sostanza asmogena. Per questo l'O. crede si possa affermare che l'asma da inalazione di polveri animali o vegetali va compreso nel gruppo dei fenomeni anafilattici.

L'altra categoria di asma bronchiale essenziale ad eziologia ignota comprende quelle forme a cutireazione negativa, per le quali restano sempre come elementi di notevole valore i fattori costituzionali, endocrini, nervosi.

ANTONA G. — *Ipersensibilità da seppia con manifestazioni asmatiche, cutanee e gastrointestinali.* — Riferisce su un caso, il primo fino ad ora comparso nella letteratura, concernente una donna che andava soggetta ad attacchi di asma. Le cutireazioni praticate con numerosi estratti, fecero constatare risultato positivo soltanto per lo estratto di seppia. La malata non aveva mai ingerito seppie ma apparteneva ad una famiglia di orefici, che per ragioni professionali dovevano usare frequentemente l'osso di seppia esponendosi al-

le polveri dell'osso stesso. Con tale polvere infatti e con opportuni estratti di osso di seppia o con l'ingestione di carne di seppia, l'O. riuscì a provocare nella malata tipici attacchi di asma accompagnati da turbe intestinali, da eritema e talora da orticaria e da crisi emoclasica.

ANTONA G. — *Asma epidemico da «pediculoides ventriculosus»*. — L'O. ha avuto occasione di osservare numerosi casi di individui colpiti da attacchi di asma fra coloro che erano adibiti allo scarico di grano avariato, e che presentavano quella forma cutanea nota sotto la denominazione di *acariasi da grano*. Tale forma si deve nettamente differenziare da quelle forme di asma da farina a lenta sensibilizzazione e con cutireazione positiva agli estratti di farina.

PETRAGNANI G. — *Alcune ricerche sperimentali sul cosidetto asma anafilattico*. — Riferisce una serie di studi compiuti nel campo sperimentale. Dopo avere determinato che è possibile sensibilizzare per via nasale col siero le cavie giovani, ottenendo in esse *choc* mortali, a sensibilizzazione avvenuta, con la instillazione nel naso di siero; cercò se era possibile sensibilizzare le cavie giovani con estratti di pelo o di forfora, o lasciandole crescere in ambiente chiuso con una pecora. La iniezione di prova con estratti di pelo o di forfora non fu seguita da alcun fenomeno di choc. Parimenti negativi riuscirono i tentativi di sensibilizzazione e di provocazione di choc nelle cavie giovani, con estratti di polline. L'O. insistendo sul fatto che non gli è riuscito provocare fenomeni anafilattici con le sostanze riconosciute asmogene, ritiene che non si possa paragonare l'asma ai fatti anafilattici, e che anche uno dei fenomeni clinicamente più importanti, la dispnea, riveste nell'asma caratteri diversi dalla dispnea degli animali colpiti da choc anafilattico. Afferma che nell'asma non si ottiene vera antianafilassi, ma soltanto deanafilassi, essendo la desensibilizzazione soltanto temporanea. Circa gli esperimenti di anafilassi passiva nell'uomo, ritiene che la sensibilità del soggetto che ha ricevuta l'iniezione sia dovuta a semplice tossicità del siero iniettato. Conclude affermando che l'asma bronchiale nelle forme definite come anafilattiche, non può comprendersi nel gruppo di fenomeni anafilattici.

CASTELLINO. — Prende la parola per richiamare l'attenzione sul fatto che veramente l'asma bronchiale nella sua manifestazione respiratoria è ben altra cosa della iperpnea anafilattica, ed insiste sulla importanza particolare che nello sviluppo della sindrome asmatica ha il fattore costituzionale nei suoi vari elementi, ma principalmente in quello endocrinico e nervoso, sì che il fenomeno asmatico può essere considerato come un episodio della costituzione individuale.

FRUGONI. — Rispondendo a Petragnani nota come la positività dell'esperimento clinico sia dovuta alla facile permeabilità delle vie nasali nell'uomo sì che più agevole risulta il sensibilizzare e il desensibilizzare. Circa i risultati negativi ottenuti dal Petragnani nella cavia, osserva che tali dati negativi non possono essere direttamente trasportabili all'uomo e che egli nelle sue ricerche ha sempre sperimentato sull'uomo dimostrando che nell'uomo è possibile ottenere quella sensibilizzazione per estratti di pelo che al Petragnani non è riuscito ottenere nella cavia. Per quanto riguarda i tentativi di trasporto passivo di sensibilità, l'O. osserva che con l'iniezione di siero di individuo sensibile si è determinato un mutamento nelle condizioni umorali dell'individuo iniettato, sì che questi ha poi reagito positivamente all'antigene sensibilizzante. Il creare in tal modo una cutireazione positiva non vuol già dire riprodurre l'asma. Riconosce l'importanza del fattore costituzionale e afferma che pur riconoscendo nell'asma bronchiale il fattore anafilattico, non si deve paragonare l'attacco di asma allo choc anafilattico della cavia. Con Castellino conviene sul concetto che non si può sovrapporre l'asma alla dispnea dello choc anafilattico sperimentale, e che nello sviluppo della sindrome asmatica ha importanza notevole il terreno con i suoi fattori, diatesici, endocrini, nervosi.

FRANCO P. M. — Riporta osservazioni personali sulla *ottusità paravertebrale* epatica di Grocco.

CIANCI. — Accenna alle modificazioni che l'area di ottusità paravertebrale di Grocco subisce nelle epatomegalie di varia origine.

MARCANTONI F. — *Sulle azioni dell'ioduro di sodio introdotto nei versamenti pleuritici*. — Cita una serie di osservazioni personali compiute introducendo ioduro di sodio nella cavità pleurica in casi di pleurite e ricercando poi l'ioduro nelle urine. Ha notato come nelle pleuriti acute lo iodio compare nelle urine dopo 2 ore, nelle pleuriti subacute dopo 5 ore; in quelle croniche dopo 16 o 22 ore. Ritiene che la rapidità di riassorbimento sia in rapporto con le condizioni della pleura e quindi tanto più pronto quanto più recente è il versamento.

DEVOTO. — *I reperti plessici da atti respiratori forzati nei rilievi semeiotici dei polmoni e degli organi vicini*. — Richiama l'attenzione sugli spostamenti che normalmente subisce il fegato e quindi la sua area di ottusità nelle inspirazioni ed espirazioni profonde. La mancanza di tale spostamento è in rapporto con alterazioni del parenchima polmonare, con aderenze pleuriche o con malattie del fegato. Inoltre il battito della polmonare è visibile nella espirazione forzata. E nella espirazione forzata, quando esistano focolai polmonari p. es. tubercolari, di piccola estensione, si può con la percussione rilevarne la presenza, per il minore strato di aria interposto tra il focolaio e la parete toracica.

Comunicazioni riguardanti la Tubercolosi.

BUFFALINI E. — *Contributo ai rapporti fra asma bronchiale e tubercolosi*. — Ritiene che non sia sufficientemente dimostrata l'esistenza di una forma di asma di origine tubercolare, ma pensa che la tubercolosi possa per la sua azione sclerogena, determinare nel terreno modificazioni favorevoli all'insorgenza dell'asma.

PISANI S. — *Le complicazioni respiratorie ad impronta tubercolare nella febbre di Malta.* — Da osservazioni personali l'O. afferma che negli ammalati di febbre di Malta sono frequenti le complicazioni respiratorie rappresentate o da tracheobronchiti con facili emottisi, o da broncoalveoliti apicali, più raramente basilari. I fatti respiratori presentano delle oscillazioni contemporanee alle variazioni della febbre. Inoltre in tali malati il fegato è maggiormente ingrossato e più profusi sono i sudori. L'esame dell'espettorato permette di isolare il micrococco melitense.

BARLOCCO e RAFFO. — *Ricerche sul ricambio respiratorio nei tubercolosi.* — Riferisce i risultati ottenuti nella Clinica di Genova ricercando nei tubercolosi le modificazioni del ricambio respiratorio sia prima che dopo la cura tubercolinica, sia nelle varie fasi dell'infezione. Ha notato che il tubercoloso che reagisce positivamente alla prova tubercolinica presenta, già molto tempo prima delle modificazioni della temperatura, una netta modificazione del ricambio respiratorio. Ritiene che l'aumento del ricambio respiratorio non sia specifico della reazione tubercolinica, avendolo notato ugualmente nel tubercoloso in seguito alla iniezione di zolfo.

CATTANEO P. — *La cuti-reazione eseguita con siero di tubercoloso soggiornato in veleno integrale tubercolare solubile, oltre alla diagnosi consente il rilievo dello stato di reattività organica.* — Ha sperimentato compiendo cutireazioni con veleno integrale tubercolare solo, con veleno integrale tubercolare mescolato a siero e complemento e mantenuto per 4 ore in termostato, e con siero di tubercoloso solo. Ha riscontrato che nei malati in istato di difesa si aveva cutireazione positiva con veleno integrale tubercolare solo e negativa negli altri due casi, il che secondo l'O. dimostrerebbe una abbondanza di anticorpi circolanti; mentre ha notato che nei malati in istato di anergia tutte tre le cutireazioni risultavano positive, il che deporrebbe per una abbondanza di antigeni circolanti.

LEONE R. E. — *Colemia e tubercolosi.* — L'O. parla della colemia nella tubercolosi, ch'egli ha ricercato coi metodi più recenti. In un buon numero di pazienti, metà affetti da tubercolosi torpida e altra metà affetta da tubercolosi evolutiva, trovò nei primi valori lievemente aumentati, indice di una reazione epatica vivace, ma già lievemente insufficiente, mentre nei secondi trovò cifre molto basse, che indicano il *deficit* del fegato, cui è devoluta buona parte della resistenza organica nella tubercolosi.

GOGLIA G. — *Autosiero-reazione e deviazione del complemento nei tubercolosi.* — Ricerche condotte su individui tubercolotici e su persone sane per studiare i rapporti che intercedono fra affezione tubercolare, deviazione del complemento ed autosiero, hanno condotto alle seguenti conclusioni:

1) La D. C. nella massa globale dei casi di tubercolosi accertati con tutti i sussidii, usando come antigeni l'integrale solubile preparato dal Sivori dell'Istituto Maragliano e quello ottenuto da ceppi tubercolari umani, coltivati su agar glicerinato e trattati alla maniera del Miller, è stata positiva nel 62 % dei casi, considerandone però i diversi stati clinici ha ottenuto nelle forme latenti una percentuale del 53.8 %; nelle forme torpide del 61.5 %; nelle evolutive del 73.1 %; nelle cachessie tubercolari del 33 % dei casi. Negli individui sani è stata positiva nel 4.8 % dei casi;

2) L'auto-sieroreazione praticata col metodo del Leone nella tubercolosi latente, torpida ed evolutiva è positiva circa nell'8 %, mentre nelle forme anergiche è negativa. Come lo è del pari negli individui sani;

3) L'autosiero può essere oltre che di sussidio diagnostico anche d'ottimo aiuto prognostico nell'evoluzione dell'infezione tubercolare, perchè l'affievolirsi di essa indica una diminuzione progressiva dei poteri di difesa dell'organismo.

FANELLI Z. F. — *Precipitoreazione ed autosieroreazione nei vari stadi della tubercolosi.* — L'O. avendo applicato i due metodi in 72 casi, ha potuto notare che la precipitoreazione è negativa negli individui non tubercolosi, è positiva nei tubercolosi con forme evolutive, scarsamente positiva nelle forme tubercolari cachettiche o anergiche. L'autosiero-reazione, presenta un'alta percentuale di risultati positivi ed è negativa soltanto negli individui cachettici od in istato di anergia.

A. DAZZI e G. VERCELLANA. — *A proposito del comportamento del siero di sangue dei tubercolosi di fronte a soluzioni di alcune sostanze coloranti.* — Le soluzioni di alcune sostanze coloranti (alizarina, pironina, rosso congo, rosso neutro, ematossilina, ecc.), determinano nel siero di sangue di individui per la massima parte tubercolosi, la formazione di un precipitato od una floculazione. Lo stesso fenomeno si può avere, quantunque meno intenso, usando acqua distillata semplice in luogo delle sostanze coloranti.

Questa reazione non è strettamente specifica della tubercolosi, perchè si può avere anche in altre affezioni quali: Neoplasie maligne con cachessia, malattie infettive; e dipende presumibilmente da modificazioni dello stato fisico-chimico del siero in rapporto con la precipitazione delle globuline.

CENTANNI. — Riferisce sui veleni legati al bacillo tubercolare osservando che soltanto le vere tossine possono essere neutralizzate, mentre ciò non avviene per le endotossine. Ritiene che la tubercolina non sia un antigene, poichè non dà luogo alla produzione di un siero capace di neutralizzarla e perchè è una sostanza abiuretica. L'O. ricorda come egli già da tempo abbia emesso l'ipotesi, formulata poi da Rosenthal, che la tubercolina sia una chinasi la cui azione sarebbe quella di attivare i fermenti dell'organismo capaci di attaccare il bacillo di Koch. Conseguenza di questo sarebbe una disintegrazione fermentativa del bacillo tubercolare, manifestantesi con una reazione generale o con una reazione a focolaio.

PERITI E. — *La tubercolosi polmonare nei vecchi.* — Richiama l'attenzione sulla tubercolosi nei vecchi e sul decorso tutto affatto particolare che essa assume caratterizzato anzitutto da una spiccata lentezza. Si ritiene che ciò sia in rapporto con uno stato di immunizzazione dell'organismo e l'O. ritiene che la tubercolosi dei vecchi altro non sia che la manifestazione di una infezione a decorso lentissimo originatasi durante la giovinezza. Richiama l'attenzione sul pericolo di contagio che i vecchi tubercolosi rappresentano per i bambini e per i giovani.

CARDARELLI A. — *Sul valore prognostico dello studio della formula ematica nella tubercolosi polmonare.* — Cita le osservazioni personali compiute nel Sanatorio di Anzio ed afferma che solo si possono avere elementi di prognosi quando siano completamente studiati tutti gli elementi della formula ematica.

CARDARELLI A. — *Cutireazione e linfocitosi.* — Da ricerche compiute ha potuto osservare che ad una linfocitosi spiccata corrisponde una cutireazione debole, ed inversamente ad una linfocitosi poco accentuata una cutireazione intensamente positiva.

RICCIOLI e PACI. — *Lo schema di Arneth nello escreato di tubercolosi.* — Gli OO. hanno notato che nei tubercolosi ad ogni modificazione dello schema di Arneth comparente nel sangue, corrisponde una uguale modificazione dello stesso schema nell'escreato. Ritengono che dallo studio di esso si possa avere un elemento di valutazione della resistenza dell'organismo.

SERONO. — *La terapia cuprica nella tubercolosi e nella lebbra.* — L'O. fa rilevare come i preparati cuprici abbiano un'azione cicatrizzante indiretta esaltando le difese connettive dell'organismo. Tali preparati non dànno risultati netti nella tubercolosi polmonare perchè scarsa è la reazione connettivale del polmone; mentre risultati favorevoli dànno nella tubercolosi cutanea e nella lebbra tuberosa.

22 ottobre 1922.
Seduta antimeridiana.
Presidenza: DEVOTO.

Gli itteri.

Relazione del prof. L. ZOIA.

Conclusioni. — Le ricerche di patologia e di clinica hanno rimesso in discussione un punto che si pensava assodato definitivamente; la produzione, cioè del pigmento biliare nella cellula epatica. È necessaria perciò una revisione della fisiologia e patologia della bilirubinogenesi; del modo con cui si produce l'itterizia negli itteri, e del significato clinico della itterizia. Perciò occorre prendere in esame dati di ordine chimico, morfologico, sperimentale e clinico.

Nozioni chimiche: tra i resultati assai notevoli della chimica della emoglobina e dei suoi derivati hanno notevole interesse per la fisiologia i dati seguenti: Nella emoglobina, ematina, porfirina, bilirubina, bilinogeno vi sono quattro anelli pirrolici riuniti fra di loro probabilmente per un doppio legame carbonico. Nella molecola sono contenuti quattro gruppi non saturi, equivalenti probabilmente due a due. Colla riduzione di due di essi equivalenti, le proprietà della molecola della ematina, della porfirina, della bilirubina non si modificano sostanzialmente (si formano mesoematina, mesoporfirina, mesobilirubina); con ulteriore riduzione degli altri due gruppi questi tre corpi perdono la loro cromaticità e si hanno tre corpi incolori: l'emocromogeno, il mesoporfirinogeno, il mesobilirubinogeno, quest'ultimo identico al bilinogeno.

La molecola della bilirubina a confronto di quella della ematina e della porfirina presenta una ossidazione degli anelli pirrolici e questo ossigeno è tenacemente fissato così da non essere distaccabile anche coi più energici riducenti, mentre la ossidazione della porfirina si fa nei gruppi vinilici delle catene laterali ed è facilmente distaccabile.

Per ossidazione della ematina (o emoglobina) si ha in vitro con distacco di ferro la porfirina; nell'organismo, e solo nell'organismo finora, pure con distacco si ha la bilirubina. Il primo atto della trasformazione pare avvenga nell'organismo con l'ossidazione degli anelli pirrolici.

La emosiderina è semplicemente ferro o un composto labile di ferro con una proteina, senza rapporti con la bilirubina.

Dati fisiologici e clinici. Non si sa come si formi emoglobina e da quali sostanze. È probabile che la sintesi avvenga solo nel globulo rosso e in un atto unico non da due sintesi diverse della parte globinica e della parte crotica, e che gli anelli pirrolici sian forniti da alcuni aminoacidi (acido pirrolidincarbolico, triptofano).

Quali sia la ragione della distruzione normale del globulo rosso non si sa; il processo morfologico del suo disfacimento è forse un processo di plasmolisi, che ordinariamente precede la liberazione della emoglobina. Se intervengano cause emolitiche speciali a seconda della natura di questa e della rapidità o modalità della emolisi si ha diverso comportamento delle manifestazioni patologiche successive. I prodotti di trasformazione della distruzione del pigmento sanguigno nell'organismo sono la ematina, la porfirina, la bilirubina, le melanine. Non è escluso che intervengano sintesi nuove.

La bilirubina versata con la bile nell'intestino vi si trasforma per opera dei batteri in bilinogeno. Dalle quantità di bilinogeno che si trovano nelle feci e nelle urine, a cui assorbito dall'intestino giunge a traverso il fegato, si può stabilire la quantità di pigmento biliare formatosi e quindi il minimo di pigmento sanguigno distruttosi. Un grammo di bilinogeno risponde quasi esattamente a un grammo di bilirubina, a un grammo di ematina e a 25 grammi di emoglobina. Giornalmente si distrugge da 2 a 7 per cento della

emoglobina del sangue che subito è rinnovata. La ricerca del bilinogeno nelle feci ed urine ha clinicamente un grade valore. Per le malattie del sangue ci dice se una anemia è accompagnata o no da emolisi o è aplastica; per una itterizia ci dice rapidamente e in modo certo se è data da ostacolo al deflusso biliare (nel qual caso è diminuito e può scomparire il bilinogeno delle feci), o da pleiocromia biliare e quindi se è dovuta a esagerata emolisi (nel qual caso nelle feci e nelle urine si avrà una quantità di bilinogeno superiore al normale, aumento che può giungere a 8-10 volte il normale). Questi dati si devono in massima parte alle ricerche del Riva e dello Zoja.

Dati sperimentali e morfologici. — Il cosiddetto apparecchio metabolico reticolo endoteliale dell'Aschoff comprende le cellule del reticolo splenico, e delle ghiandole linfatiche e midollo osseo, le cellule endoteliali vasali, le cellule del Kupffer oltre elementi simili di qualche altro organo.

A questi elementi si può riconoscere una parte diretta e indiretta nella distruzione del globulo rosso e del suo pigmento; in alcune forme l'azione emolitica della milza è ben dimostrata.

Ma oltre a questa funzione che è preparatoria e fino a un certo punto necessaria per la cellula epatica perchè essa possa formare bilirubina da questo materiale, gli esperimenti accuratamente vagliati non sono favorevoli a dar loro anche la funzione di produrre bilirubina. Le cellule del Kupffer che si distinguono dagli altri endoteli vasali per caratteri speciali morfologici e per la maggiore accentuazione in esse delle proprietà comuni a tutti gli elementi del cosiddetto apparato reticolo endoteliale dell'Aschoff, hanno certo funzioni importanti connesse a quelle della cellula epatica, ma non formano bilirubina.

Se esse contengano pigmenti biliari (ciò che è ancora da accertare nei casi nei quali vi fu descritto) può spiegarsene la presenza come espressione della loro squisita proprietà di fissare sostanze coloranti, e in forma granulare.

Tutte le ricerche sperimentali fatte per indagare dove si forma pigmento biliare depongono nel senso della sua formazione nella cellula epatica, nessuna vi è che dimostri in modo certo la formazione anepatocellulare della bilirubina.

Anche la maggiore quantità di bilirubina presente nei liquidi infiammatori sanguigni delle sierose non è dimostrato che sia di formazione autoctona.

Bilirubinemia. — Dimostrata la presenza normale di luteina nel siero di sangue normale dallo Zoja, dovuta agli alimenti, e causa di errore per la ricerca del pigmento biliare secondo il Gilbert, ha grande valore la dimostrazione data da Hijmanns v. d. Bergh colla diazoreazione dell'Ehrlich della presenza di bilirubina nel siero in molte persone anche normali (1). Ciò non può doversi certo a maggiore emolisi e a pleiocromia biliare, non si potrebbe nemmeno mettere in rapporto a produzione anepato-cellulare di bilirubina essendo normale il fegato. La interpetrazione di questa bilirubinemia può aversi dalle osservazioni del Retzlaff che sono favorevoli all'ammettere un riassorbimento di pigmento biliare (o di mesobilirubina) dall'intestino. Che se non fosse dimostrato vero quanto il Retzlaff pensa di aver dimostrato secondo i brevi cenni della sua comunicazione all'ultimo Congresso di Medicina Interna tedesco, si potrebbe spiegare ammettendo che esista una soglia per il passaggio della bilirubina tra cellula epatica e sangue che deve essere assai bassa per il cavallo e per l'uomo nei quali vi è bilirubinemia cosiddetta fisiologia e più alta per gli animali nei quali questa non si ha. Come è noto vi è una soglia per il passaggio della bilirubina dal sangue alla cellula renale.

È da ammettere in tal caso che la soglia epatosanguigna sia diversa nelle diverse persone non essendo la bilirubinemia constatabile in ogni persona e forse possa essere influenzata da condizioni patologiche.

In condizioni patologiche l'aumento di bilirubina può non dare alcun segno clinico di sè (ittero latente) o dare ittero senza che pigmenti biliari siano dimostrabili nelle urine (ittero acolurico) o se il tasso bilirubinico nel siero oltrepassa l'1 : 50.000, dare anche bilirubinuria.

La differenza tra i sieri che dànno col reattivo dell'Ehrlich la reazione cosidetta diretta o pronta e quelli che dànno la reazione indiretta o tardiva si deve a differenze fisicochimiche del siero stesso in rapporto alla diazoreazione, non a diversità di origine (epatocellulare o anepato cellulare) della bilirubina. Va fatta una riserva circa la possibilità che la reazione indiretta possa essere data dalla mesobilirubina eventualmente assorbita dall'intestino.

Varie forme di itterizie. — Le itterizie vanno divise perciò ancora in meccaniche o da ostruzione o pleiocromiche. Queste comprendono specialmente quelle tossiche e infettive e gli itteri emolitici. Perciò che riguarda le itterizie meccaniche e ancora più gli itteri tossici e infettivi, va considerata la possibilità che la cellula epatica più, per alterazione del suo protoplasma, nel senso indicato, contribuisca a determinare l'itterizia.

Importante è lo studio delle itterizie dissociate e delle ritenzioni dissociate.

Clinicamente una forma di itterizia dovuta alla cellula epatica non pare ancora individualizzabile, ma al letto del malato come nelle ricerche sperimentali è un punto meritevole di studio.

Dal punto di vista pratico la determinazione del bilinogeno nelle feci è uno dei mezzi di maggiore importanza per distinguere la forma di itterizia.

Per gli itteri emolitici dopo che si è stabilita la esistenza della pleiocromia biliare della iperbilinemia, le ricerche sul sangue e gli altri dati of-

---

(1) Poichè l'indolo e il pirrolo possono contenersi nel sangue, mi pare giusta la proposta del Sabatini e di altri di valersi piuttosto della trasformazione della bilirubina in biliverdina, come metodo quantitativo e qualitativo per la determinazione della bilirubina.

ferti dal malato valgono a stabilire o ad indagare la causa della emolisi e la natura del processo che è fondamento di questa, il che per l'ittero emolitico è la parte essenziale del problema diagnostico.

Per gli itteri infettivi e tossici il giudizio diagnostico etiologico è il fondamentale.

Per quelli meccanici, dopo che si è stabilita la esistenza della ipobilinia della colaluria e della colemia, si può porre la diagnosi della sede e della natura del processo stenosante dai dati che sono offerti dallo studio del malato.

22 ottobre.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: GIUFFRÈ.

Discussione sulla relazione " Gli itteri „.

DE NUNNO R. — Osserva che per risolvere la questione dell'origine epatica od anepatica della bile ha eseguito la circolazione artificiale nel fegato e nella milza fuori dell'organismo ed è giunto alle seguenti conclusioni: 1) che facendo circolare sangue defibrinato nel fegato, si ottengono pigmenti biliari, mentre non se ne producono facendo circolare nell'organo solo liquido di Ringer; 2) che isolando milza e fegato e ripetendo la circolazione si ha quasi uguale produzione di pigmenti biliari; 3) che facendo circolare sangue nella sola milza non si riscontrano nel sangue che ha circolato nemmeno tracce di bilirubina; 4) che saturando il così detto sistema reticolo-endoteliale con collargolo, prima di procedere alla circolazione, ha ottenuto dal fegato produzione di pigmenti biliari in misura non inferiore a quella incontrata nelle precedenti ricerche. L'O. conclude quindi che precisamente alla cellula epatica è deportata la formazione di pigmenti biliari.

BARLOCCO. — Riferisce sui risultati ottenuti dalla scuola di Genova dai quali, secondo l'O., si può concludere che se la cellula epatica ha una importante funzione elaboratrice o filtrante di pigmenti biliari, si può però in alcuni casi avere nell'organismo produzione di essi indipendentemente dalla funzione del fegato (vaste ecchimosi e stravasi). Inoltre introducendo in circolo emoglobina proveniente dallo stesso individuo e per via endovenosa, si può dal dosaggio della bilirubina nel sangue valutare il grado della lesione della cellula epatica.

CARRERAS. — Osserva come il relatore abbia ricordato il metodo di Perroncito nella deviazione totale del sangue portale, e fa rilevare come la priorità di tale metodo di indagine spetti al Queirolo che lo applicò sino dal 1894.

CAVAZZA. — Riferendosi alle parole di Barlocco, è discorde nella affermazione che talora si possa avere produzione di pigmenti biliari indipendentemente dalla funzione del fegato, e si crede autorizzato a ciò da risultati di esperienze personali.

BARLOCCO. — Risponde dichiarandosi fautore della origine epatica dei pigmenti biliari; riconoscendo però che data l'autorità degli osservatori e sperimentatori si può ritenere che veramente in alcuni casi sia possibile la produzione di pigmenti biliari senza il concorso della cellula epatica.

Comunicazioni riguardanti gli itteri e le varie malattie del fegato e delle vie biliari.

FRANCO P. M. — *L'ittero nella sindrome emorroidaria del Castellino.* — Cita alcune osservazioni personali in casi di sindrome emorroidaria di Castellino, con ittero, nei quali ritiene che l'ittero per i suoi caratteri debba essere considerato quale ittero da ritenzione. Alcune volte invece ha potuto notare in casi consimili una diminuzione della resistenza globulare.

LEONE R. E. — *L'ittero nella perniciosa malarica.* — Porta un contributo alla questione dell'ittero nella perniciosa malarica. Si tratta di due casi che, nel corso di una comitata algida, presentarono un ittero intenso. Venuti a morte si riscontrarono vie biliari integre con lesioni cellulari multiple del fegato. In questi casi è da attribuire, almeno, l'ittero intenso e l'inanità della terapia all'insufficienza parenchimale acuta nel fegato.

Contributo alla conoscenza del meccanismo di azione di alcune sostanze comunemente utilizzate nella terapia degli itteri.

DE NUNNO. — L'O, riprendendo con nuova tecnica lo studio di alcune sostanze ritenute colagoghe, dice che dalle sue ricerche risulta come la podofillina non possa considerarsi un colagogo e, per quanto lievemente, tende anzi a deprimere l'attività biligenetica del fegato. I solfati di sodio e di magnesio, mentre a piccole dosi producono solo un modico aumento del nucleoproteide, del residuo alcoolico e delle materie organiche, a dosi purgative, riducono energicamente la secrezione biliare (dal 40 al 60 %) fanno aumentare la percentuale del nucleoproteide, talvolta anche la viscosità e, quel ch'è peggio, specie col solfato di magnesio, anche sospesane la somministrazione seguita, per varî giorni, a crescere il tasso del nucleoproteide ed occorrono infine 4 o 5 giorni prima che la bile ridiventi normale.

Sui metodi di studio della ritenzione biliare.

DE NUNNO. — L'O., studiando il valore dei varî metodi proposti per lo studio della ritenzione biliare, viene in base alle sue ricerche sperimentali sul cane alla conclusione che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, si possa fare ai fini pratici un certo assegnamento solo sulla reazione di Hag, la stalagmometria, il metodo di Van den Berg, e la ricerca degli emoconi nel sangue.

Sulla funzionalità epatica nell'ittero sperimentale.

CARRERAS G. — Allo scopo di riscontrare se la stasi biliare modifica la funzione antitossica del fegato ha istituito una serie di esperimenti operando su animali varî e su animali sui quali aveva provocato una stasi biliare legando il coledoco.

Ha potuto constatare che la funzione antitossica del fegato si mantiene così invariata. Studiando poi la crisi emoclasica in entrambi i gruppi di animali ha visto che con la iniezione di peptone nel circolo portale si hanno crisi emoclasiche intense così come con la iniezione di peptone nel circolo generale.

Sopra alcune questioni relative alla difesa epatica contro la anafilassi.

CARRERAS G. — Praticando in animali sensibilizzati, la iniezione scatenante nel circolo portale, ha notato che non si ha la produzione di *choc*, e pensa che ciò sia in rapporto con una modificazione dell'antigene dovuta alla cellula epatica. Inoltre ha tentato di praticare l'iniezione scatenante nelle arterie, anzichè nelle vene ed ha così ottenuto una attenuazione dello *choc* anafilattico. Egli pensa quindi che l'antigene posto a contatto con i tessuti sensibilizzati perda gran parte del suo potere anafilattico e che esista un'azione protettrice notevole da parte del fegato.

CASTELLINO. — Si congratula con il Relatore per avere questi riportato il problema degli itteri nel campo della Clinica. Ricorda il merito del Riva e l'importanza delle sue ricerche. Richiama l'attenzione sulla deficienza di cognizioni che si hanno sulle trasformazioni intermedie tra emoglobina ed ematina e osserva come quando nell'organismo avvenga una spiccata emolisi, le cellule di Kupfer si carichino di granuli di ematina. Circa i casi di ittero senza ritenzione si domanda se ciò non possa essere messo in rapporto col fatto che sotto un impulso emotivo sia sorpassata la soglia tra la cellula epatica e il sangue.

ZOIA. — Rispondendo ai varî oratori, ricorda anzitutto i lavori del Riva e la loro importanza clinica specie nelle anemie e nelle itterizie. Osserva l'interesse che hanno le ricerche compiute dal De Nunno, specie quelle riguardanti la circolazione artificiale della milza, e rileva come dal risultato di esse si abbia una ulteriore conferma della mancanza di una origine anepato-cellulare dei pigmenti biliari. Le ricerche citate dal Barlocco confermano il concetto che quando nell'organismo si ha emolisi, sono soltanto le cellule epatiche che producono pigmenti biliari. Col Castellino riconosce che esiste una lacuna circa la trasformazione della emoglobina in bilirubina, e che il punto fondamentale sta certamente nella ossidazione del gruppo pirrolico, ossidazione di natura esclusivamente biologica, e non ancora riprodotta chimicamente.

Circa le comunicazioni di Franco e di Leone, domanda ad entrambi se tanto nell'ittero emorroidario come in quello dei malarici non vi fosse pleiocromia biliare, poichè in tal caso ciò spiegherebbe sufficientemente l'ittero senza pensare ad una lesione particolare della cellula epatica.

Ritiene che in base allo stato attuale delle nostre conoscenze non sia possibile dal punto di vista clinico che una sola distinzione degli itteri in ittero meccanico ed in ittero pleiocromico.

Nel giorno 23 ottobre ha avuto luogo la seduta in comune con la Società di Chirurgia.

24 ottobre 1922.

Seduta antimeridiana.

Presidenza: Prof. SCHUPFER.

Comunicazioni varie.

PISANI S. e CAMPANACCI D. — *Ricerche farmacodinamiche nella encefalite epidemica.* — L'O., studiando con mezzi farmaco-dinamici lo stato del sistema nervoso vegetativo nella encefalite epidemica, ha riscontrato quanto segue:

1) L'adrenalina dà in genere reazioni in difetto sì da fare ammettere una quasi costante iposimpaticotonia.

2) Il sistema autonomo al contrario ha dimostrato un grado di tono e di eccitabilità più o meno marcatamente superiore alla norma, giacchè l'azione dell'atropina è risultata sempre inferiore a quanto si ottiene negli individui normali.

3) Ipertono del vago dimostrato dall'azione della pilocarpina.

4) Sono soltanto probative le prove ottenute con la tiroidina che determina un eccitamento del vago e non del simpatico.

5) Non esiste alcuna correlazione fra età e grado di disfunzione endocrino-simpatica.

6) La ipo-simpaticotomia è molto più evidente nelle forme recenti.

CIANCI. — *La sindrome obiettiva della malaria.* — Con le ricerche sull'esplorazione del fegato nella regione dorsale, comunicate al precedente 27° Congresso, descrisse l'*area retroepatica assoluta* propria dello stato normale, con le sue modificazioni patologiche ed i caratteri, il valore clinico e semeiologico dell'*area retroepatica relativa* che si forma in tutte le setticemie tifoidi, nel morbo di Banti e nella malaria.

Nota che nella malaria l'*area retroepatica relativa* non fa mai difetto e si associa a due altri sintomi anche netti e precisi costituiti dalla forma dell'aia splenica e da una zona d'iperalgesia subcostale ed intercostale sinistra.

Osserva che il vero criterio decisivo, cioè la ricerca del parassita nel sangue periferico, riesce tante volte, com'è noto, negativo, onde bisogna giungere alla puntura della milza. Tutti gli altri metodi proposti non raggiungono lo scopo, e nulla vi è per la diagnosi con l'esame obbiettivo; solo il punto dolorifico descritto e pubblicato nel 1920 dal dott. R. Pagniello di Melfi nel 9° spazio intercostale tra l'ascellare media e posteriore sintoma ordinariamente costante specie nelle infezioni di antica data.

Con l'osservazione di numerosi casi di tutte le specie d'infezione l'A. ha trovato che:

1) L'aia di ottusità splenica, partendo dall'ascellare posteriore, assume la forma quadrata per essere il diametro orizzontale uguale al verticale, e lo supera ordinariamente di 1-2 cm. a differenza delle infezioni tifoidi nelle quali il diametro orizzontale risulta doppio del verticale.

2) Con la dolce pressione digitale lungo gli ultimi spazi intercostali ed in sotto del bordo costale di sinistra si trova una zona d'iperalgesia,

che si rivela talvolta con dolorabilità in tutta la regione ma ordinariamente, oltre al punto dolorifico di Pagniello, con una serie di punti dolorifici che coincidono esattamente con quelli stabiliti da Walleix per le nevralgie. Il dolore più vivo si provoca sul *punto costale* posto innanzi al bordo libero dell'XI costola, meno intensamente sul *punto addominale* situato sull'intersezione dell'emiclaveare con la bisiliaca, e sul *punto vertebrale*, che talora manca, in prossimità dell'articolazione vertebrale dell'XI costola. I punti dolorosi possono trovarsi lungo il nervo intercostale superiore od inferiore e qualche rara volta sui punti omologhi di destra. L'intensità del dolore è varia e predomina ora in un punto, ora in un altro.

3) Nella regione toracica posteriore si riscontra, infine, la formazione dell'*area retroepatica relativa* che sovrasta per 3-4 cm. l'*area assoluta* in tutta la sua lunghezza e si prolunga insieme con questa nella regione paravertebrale sinistra fino a 7-8 cm. e più dalla linea spondiloidea. Questi sintomi sono la manifestazione fedele delle alterazioni proprie e ben note che fatalmente si avverano nell'infezione palustre. L'ingrandimento dell'aia splenica si deve all'inevitabile tumefazione della milza e si ha prima ancora che questa sia giunta al grado di essere apprezzabile con la palpazione. L'iperalgesia si deve a localizzazione tossinfettiva sui nervi intercostali e proprio in quelli di questa regione pel maltrattamento traumatico prodotto dalla brusca tumefazione splenica stira la capsula e distacca tra loro i foglietti peritoneali dei ligamenti di sostegno. E la formazione dell'*area retroepatica relativa* è la manifestazione semeiologica della peculiare tumefazione del fegato a fegato infettivo per le alterazioni dovute alle sostanze tossiche che dalla milza, sede principale dell'infezione, giungono al fegato attraverso la vena splenica e la porta.

Quando dall'esame obbiettivo risulti chiaro e completo, il rilievo di questi tre sintomi, si ottiene la sindrome semeiologica e l'A. afferma che essa permette la diagnosi precoce in modo certo perchè scaturisce da sintomi, che sono la manifestazione semeiologica di alterazioni organiche senza le quali non vi è malaria.

PARI. — A proposito del dolore splenico osserva che egli lo ha riscontrato raramente, e poichè le forme di malaria che egli ha avuto occasione di vedere erano in grande maggioranza di terzana benigna, domanda se i casi nei quali il Cianci rilevò tale dolore non si riferissero eventualmente a terzana maligna.

CIANCI. — Risponde notando come i punti dolorosi da lui indicati siano tali alla pressione soltanto, e corrispondano ai punti di Valleix. Nei casi che egli ebbe modo di studiare, l'esame del sangue diede reperto positivo per la terzana benigna.

NATALI G. e CAMPANACCI D. — *La cura dell'encefalite epidemica con soluzione di Pregl.* — La soluzione di Pregl è stata usata dagli OO. per iniezione endovenosa e alla dose di 20 cc. il 1° giorno, 40 il 2°, 60 il 3° e 100 il 4° e continuando poi ad iniettare 100 cc. ogni 5 giorni sino a raggiungere la dose totale di 1 litro. In 10 casi di forme acute notarono notevole beneficio sia nella febbre che nella insonnia, nelle scosse cloniche e nei dolori; in 20 casi di forme croniche ebbero soltanto in 5 soggetti una attenuazione dei sintomi parkinsoniani.

MUSUMECI GRASSO F. — *Criteri direttivi sull'impiego del 914 nella cura della sifilide.* — Dalla esperienza personale nella cura di numerosi malati di sifilide è giunto alla convinzione che per ogni malato esiste una particolare dose sterilizzante che è indicata dalla permanente negatività della reazione di Wassermann. Ritiene che non siano utili le dosi alte, ma piuttosto quelle medie ripetute e che non si debba mai superare la dose di ctg. 1.5 per chilo di peso. L'eliminazione del Neosalvarsan in soggetti ad organi sani si compie in 4-5 giorni, mentre è notevolmente ritardata quando esistano lesioni epatiche o renali, ed in tali casi occorre usare la massima prudenza. Crede pericoloso l'uso iniziale di dosi massime in seguito alle quali egli avrebbe osservato più facilmente la comparsa del fenomeno di Erxheimer ed afferma che non si deve interrompere la cura col 914 sino a che la reazione di Wassermann non sia negativa.

BRUGI. — *La reazione di De Silvestri nelle infezioni tifoidi.* — L'O. ha trovato la reazione di De Silvestri positiva nei tifosi al 3° e 4° giorno di malattia ed anche positiva in individui vaccinati. Poche volte essa fu positiva in affetti da altre malattie; sempre negativa nei sani.

AIELLO G. — *La terapia del reumatismo articolare colle nucleine e derivati fenilici.* — I tentativi di terapia endovenosa salicilica del r. a. a. dovuti al Sejournet, seguito poi da numerosi autori, hanno condotto alla conclusione che gli effetti curativi sono inferiori a quelli ottenuti per via orale, specialmente perchè il metodo non permette la ripetizione delle dosi. I tentativi del Deutsch e del Sestini colla urotropina per via endovenosa non hanno apportato migliori risultati.

La somministrazione, da molti tentata, di metalli colloidali, sieri e proteine varie, per via endomuscolare, deve essere assai circospetta per evitare le crisi emoclasiche, tanto dannose all'apparato cardiovascolare, essendo nota nel r. a. a. la frequenza delle lesioni endocardiache.

Allo scopo di indurre nell'organismo una valida difesa contro la malattia, all'O. è sembrato opportuno di adoperare per via endomuscolare le nucleine: è noto come esse agiscano sugli organi ematopoietici, incitando alla iperproduzione di leucociti granulosi, servendo di nutrimento a questi leucociti, esaltandone il macrofagismo.

Deve tenersi conto più che della iperleucitosi reattiva, dell'indice fagocitario dei leucociti in aumento.

È poi nota l'azione diretta sui germi patogeni

del meno tossico dei derivati fenilici, l'aseptolo. All'O. parve quindi razionale adoperare contro il reumatismo acuto febbrile una combinazione di nucleine e radicali fenilici (trifenil), già usata con buoni risultati in molte forme infettive. In 26 casi, trattati in vario stadio, si ebbe diminuzione o caduta della temperatura, si alleviò il dolore, scomparve gradatamente il gonfiore localizzato agli arti, non si ebbero complicazioni di nessun genere a carico del miocardio o dell'endocardio.

L'albuminuria presente in qualche caso, venne anche a cessare. Uno degli effetti delle nucleine, per le basi puriniche in esse presenti, è inoltre l'effetto diuretico.

Nelle forme di sciatica reumatica, confermando le esperienze del dott. Santangelo, della Clinica Neuropatologica di Roma, si ottennero pure buoni e costanti risultati, eccetto nelle forme con pregressa atrofia.

AIELLO G. — *La reazione del triptofano nel liquido cefalo-rachidiano nelle varie forme di meningite.* — Per meglio indagare la composizione chimica sia allo stato normale che patologico, l'O. si è occupato della ricerca dei prodotti di scissione dell'albumina in numerosi campioni di liquido cefalo-rachidiano ricavati da soggetti normali od affetti da varie forme di meningite. La ricerca del triptofano è stata eseguita colla reazione di Voisinet-Furth con lievi modificazioni.

Nel liquor normale la reazione del triptofano è negativa.

La ricerca ha importanza diagnostica differenziale nel liquor perfettamente limpido (acqua di rocca) nelle forme di meningismo, meningite sierosa, meningite da lues e tubercolare.

Gli esaminati ottanta liquor, hanno tutti reagito negativamente alla reazione del triptofano tranne nei casi di meningite tubercolare, con decorso clinico classico e diagnosi controllata.

È sufficiente a scopo clinico l'accertamento della positività della reazione. Circa il significato di essa probabilmente si tratta di un prodotto di scissione derivato dalla fibrina, per azione dei fermenti autolitici proprî di essa (1).

MARRASSINI A. — *Ricerche sperimentali sulla pressione arteriosa del sangue.* — L'O. osserva come la ipodermoclisi e la flebochisi in coloro che abbiano perduta notevole quantità di sangue, innalzi solo temporaneamente la pressione arteriosa, che poi rapidamente discende di nuovo. Fu suggerito di usare liquidi che più difficilmente passassero dai vasi nei tessuti utilizzando una soluzione di gomma al 6 %. Da esperienze eseguite sul cane l'O. ha osservato che anche le soluzioni di gomma pure determinando un aumento della massa liquida del sangue non provocano che un fugace e lieve innalzamento della pressione seguita da un rapido abbassamento. Non solo, ma se l'iniezione di soluzione di gomma è fatta contemporaneamente alla sottrazione di sangue, si nota ugualmente un rapido abbassamento della pressione arteriosa.

STANGANELLI. — *Valore del sintomo di Teissier nelle aortiti addominali.* — Pigliando in esame il noto sintoma di Teissier sulle aortiti addominali e consistente nella ipertensione della pedidia con le note tre leggi, l'O. ha eseguito una serie di misurazioni della pressione arteriosa in individui affetti da lesioni aortiche e in individui sani dal punto di vista cardio-vascolare. Da queste ricerche eseguite coi varî apparecchi di cui si dispone in clinica, l'O. viene alla conclusione che il sintoma di Teissier non può dirsi patognomonico delle aortiti addominali, verificandosi una differenza di pressione con vantaggio di quella della pedidia anche in individui sani.

STANGANELLI P. — *Concetto clinico ed anatomopatologico delle aortiti addominali.* — Riferendo di una cinquantina di sezioni seguite all'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Napoli, l'O. desume che l'aortite addominale, come entità clinica per se stante, è molto più frequente di quello che non si crede, sia perchè il clinico non sempre esplora questo tratto del grosso vaso, sia perchè la sua sintomatologia è talora mascherata da sindromi renali, epatiche, gastro-enteriche, ecc.; che ripetono la loro genesi dalle alterazioni aortiche a livello dei rispettivi rami, renali, epatici, gastro-enterici. Le lesioni aterosclerotiche dell'arco e dell'aorta toracica non solo non si arrestano mai a livello dell'orifizio diaframmatico, ma in molti casi sono accentuate ed esclusive del tratto addominale. Altre volte le lesioni aterosclerotiche esclusive del tratto addominale si riscontrano nelle nefriti, nelle cirrosi epatiche, nelle gastro-enteriti, nelle capsulopatie. Da questi dati, l'O. deduce che, verificandosi le lesioni di aortite quasi esclusivamente nelle donne che, a causa di gravidanze pregresse, hanno subito ripetuti stiramenti della complessa armatura nervosa periaortica e in individui a costituzione neuropatica originaria, l'aortite addominale va considerata, dal punto di vista clinico e patogenetico, come la localizzazione dei soliti veleni arteriosi, in un *locus resistentiae* minorato da offese nervose agenti esclusivamente dal simpatico addominale, e in cui irritazione simpatica, secrezione adrenalinica, veleni circolanti rappresentano i tre momenti di una patogenesi unitaria.

PARI G. A. — *L'azione del tabacco sul sistema circolatorio.* — Introducendo per via endovenosa e per via gastrica estratti di tabacco opportunamente preparati l'O. non ebbe a notare mai ipertensione, anzi costantemente ipotensione. Soltanto con l'introduzione per via bronchiale riscontrò un aumento della pressione arteriosa. Le suddette esperienze ripetute con la resezione del vago o del depressore fecero constatare che col taglio del vago si ha una accentuazione della ipertensione, col taglio del depressore una più spiccata ipotensione.

MORELLI E. — Osserva che non crede si possa paragonare l'intossicazione da estratti di tabacco,

---

(1) La tecnica della reazione è stata pubblicata nel *Policlinico*, Sez. pratica, 1922 (21 aprile).

con l'intossicazione da fumo, entrando in tal caso in azione numerosi prodotti della combustione del tabacco.

Pari. — Risponde che sul concetto di tale distinzione ha già iniziato opportune ricerche.

Morelli E. — *Importanza patologica dello spasmo della media arteria.* — L'O., dopo avere notato come gli apparecchi in uso per la presa di tracciati siano fonte tutti di causa di errore, ricorda i lavori del Forlanini sull'arterospasmo da lui nettamente individualizzato. Con un apparecchio proprio l'O. ha compiute numerose osservazioni ponendo in evidenza che l'artero-spasmo dovuto a spasmo della media arteria è accompagnato a notevole differenza fra le due pressioni massima e minima, mentre nell'arterospasmo dovuto a spasmo capillare scarsa è la differenza fra le due pressioni massima e minima.

Fulchiero A. — Dimostra un *apparecchio scrivente che permette di ottenere un cardiosfigmogramma* completo.

Bolaffi A. — Si intrattiene brevemente sulla presunta *influenza inibitricé della milza sull'attività eritropoietica del midollo delle ossa.*

Aiello G. — *La lipemia nelle malattie degli organi ematopoietici.* — Adoperando il micrometodo di Bang, colle modificazioni di Condorelli riguardo alla estrazione, l'O. ha determinato nelle principali affezioni degli organi emopoietici, oltre delle due suddette frazioni colesteriniche, i grassi neutri, gli acidi grassi e saponi liberi, ed i fosfatidi.

Nei casi finora esaminati non si ebbe a riscontrare iperlipemia, nè lipemia latente, però può aversi spesso, nelle anemie secondarie, una modica ipercolesterinemia.

Nell'anemia perniciosa il rapporto tra colesterina eterificata e colesterina libera differisce dal normale, venendo a diminuire la colesterina eterificata.

Nelle anemie secondarie, nella clorosi e nell'ittero emolitico si ha una tendenza all'inversione (la colesterina libera supera la eterificata).

La importante frazione saponi ed acidi grassi liberi è diminuita nell'anemia perniciosa, mentre nelle altre forme morbose si hanno in genere lievi oscillazioni del normale.

I dati ottenuti poi in un caso di spirochetosi ittero-emorragica, dimostrano una iperlipemia, dovuta ad entrambe le frazioni colesteriniche ed i valori di acidi grassi e saponi sono comparabili a quelli dell'anemia perniciosa.

Terzani A. — *La morfologia del sangue nel vecchio.* — Dallo studio completo del sangue in alcune centinaia di vecchi, l'O. ha potuto constatare che l'emoglobina oscilla tra i valori di 0.60 e 0.63 nelle donne e tra 0.70 e 0.75 negli uomini, che il numero degli eritrociti è per lo più superiore alla media dell'adulto sano, che il numero dei leucociti si aggira attorno alle cifre normali, che circa la formula leucocitaria i neutrofili sono in numero inferiore alla norma, mentre in aumento sono i linfociti, restando gli altri elementi entro limiti normali.

Pesci E. — *Contegno delle piastrine nella reazione anafilattica dei singoli organi.* — Ricorda come le iniezioni di antigene nella vena porta di animali anafilassati dia la morte in una parte minima di essi e come si volle attribuire alla funzione antitossica del fegato la innocuità della iniezione per via portale. Cita come anche la iniezione nell'aorta discendente non determini la morte dell'animale anche se in dose più volte mortale. In entrambi questi casi la reazione di flocculazione si verifica ugualmente come è dimostrato dal contegno delle piastrine che da 500,000 scendono a 20,000. L'O. conclude che poichè pei capillari periferici non si può invocare alcuna azione antitossica, si può presumere che in tali casi si tratti di sostanze flocculate che vengono trattenute nella rete capillare.

Pezzali G. — Riferisce sul *dosaggio del mercurio* nel sangue, feci, urine di avvelenati da sublimato trattati col sondaggio duodenale e su alcune esperienze collaterali nel cane.

Piazza V. — Si intrattiene sui *naftolipoidi*, e in una seconda comunicazione su *anafilassi e secrezione interne.*

Luridiana P. — Riferendo sulla *intradermoreazione nell'echinococcosi,* fa notare come nel siero del malato sia presente una sostanza che unita all'antigene dà luogo ad una nuova sostanza tossica che egli indica come echinococcotossina sulla cui azione ha importanza preponderante la presenza del complemento.

Goglia G. — *Nuovo segno per la stenosi mitralica pura.* — Nei molti casi di stenosi mitralica pura osservati e studiati gli ultimi anni all'ambulatorio delle malattie cardio-polmonari, ha notato che degli infermi con latente ectasia ed ipertrofia dell'orecchietta sinistra, che sfuggiva ai varî metodi d'indagine di comune semeiotica fisica ma che si mostrava evidente all'esame radiologico, una zona d'iperfonesi alla percussione debole della regione ascellare di sinistra. Tale iperfonesi dunque deve mettere in guardia nei casi di stenosi mitralica pura, ove indicherebbe un ingrandimento dell'orecchietta sinistra, specie quando vi s'accompagna un'ectasia che si fa più a carico della sua parete sinistra. La maggiore sonorità percussoria è provocata da una iperattività funzionale di compenso del parenchima polmonare, causa un'atelettasia da compressione che l'orecchietta ingrandita esercita sulle zone contigue.

Bocchetti F. — *Ricerche ematologiche e antropometriche praticate nelle colonie sanitarie marine militari.* — L'O. parla dell'organizzazione della lotta contro la tubercolosi che deve svolgere la

sua massima attività in favore dei predisposti. Egli sostiene che questa lotta dev'essere a scopo largamente preventivo, con la rigenerazione organica universale, con la bonifica del corpo umano. Parla poi delle colonie sanitarie marine militari istituite quest'anno dalla Direzione Centrale del Servizio Sanitario Militare, sulle varie marine di Italia. Riferisce diffusamente i brillanti risultati ottenuti ed espone le ricerche fatte antropometriche (peso, circonferenza toracica, capacità vitale polmonare, forza muscolare) e ricerche sul sangue (contenuto emoglobinico, conteggio dei globuli rossi, formula emoleucocitaria). Conclude che per la lotta contro la tubercolosi è necessario realmente cominciare con fervore d'intenti e di opere.

Sclavo. — Elogia l'istituzione delle Colonie sanitarie marine militari e ne rileva la grande importanza sociale che sicuramente porterà un grande contributo alla lotta contro la tubercolosi.

Maragliano. — Parla della nuova istituzione della Sanità militare e ne esalta l'importanza sociale anche dal punto di vista scientifico poichè le ricerche fatte sono della più grande utilità. Inoltre parla anche dell'importanza politica e conclude inviando un voto di plauso, a cui l'assemblea si associa, al Corpo Sanitario Militare Italiano.

Zagari. — *La siero-terapia della dissenteria bacillare per via intestinale.* — Partendo dal fatto che le applicazioni di siero antidifterico riescono in alcune forme di difterite (vulvare, cutanea, congiuntivale, ecc.), molto efficaci, e tenendo presente che la dissenteria bacillare è un'affezione difterica della mucosa dell'intestino crasso, e che in essa primeggia l'affezione epiteliale, l'O. ha voluto sperimentare in numerosi casi di dissenteria bacillare le applicazioni locali di siero antidissenterico introdotto per via retto-colica nella quantità dai 200 ai 300 cmc. I risultati furono molto più soddisfacenti di quelli ottenuti introducendo il siero per altra via, per cui d'ora in poi la via intestinale dovrebbe essere la preferita, alla stessa guisa che la via endorachidiana è la via d'elezione nella meningite cerebro-spinale epidemica, e ciò non soltanto per la sua semplicità e perchè non presenta gli effetti accessori del siero introdotto sottocute, ma perchè — qualunque sia la via d'introduzione — è nella mucosa intestinale che il siero deve esplicare il massimo d'azione, essendo la mucosa intestinale l'organo più sensibile rispetto al virus dissenterico. Molta importanza ha naturalmente non soltanto il quoziente antitossico, ma ancora il quoziente battericida del siero adoperato.

Pace G. — Comunica alcune osservazioni *sul fascio di His e sull'apparecchio di conduzione intracardiaco,* illustrandole coi risultati di ricerche cliniche ed elettrocardiografiche.

Corinaldesi. — S'intrattiene sulla *reazione di Pandy* e sul *vaccino antitubercolare di Friedmann.*

De Benedetti. — Riferisce su alcuni risultati favorevoli ottenuti con l'uso di nuovi preparati di *chinino nelle malattie acute dell'apparato respiratorio* dopo averne riscontrata l'efficacia sperimentalmente negli animali.

Garin G. — *Importanza e valore specifico delle cutireazioni con tubercolina.* — L'O. osserva che l'importanza ed il valore specifico delle reazioni cutanee alla tubercolina sono state in questi ultimi anni assai discusse e talora disconosciute da diversi autori, sia perchè fu visto che la cute del tubercoloso reagisce oltre che alla tubercolina anche a svariate sostanze non specifiche (specialmente a proteine eterogenee) sia perchè sono state proposte anche di recente reazioni che dovrebbero essere non solo specifiche, ma perfino o più sensibili della tubercolina, o più sicure perchè avverrebbero solo in casi di tubercolosi attiva, se pure anche in forme incipienti (autourino-reazione del Wildbolz, autosiero-reazione dell'Inhof e del Leone ad esempio).

Dalle ricerche compiute insieme col Carini (vedi: tesi di laurea Firenze, 2 luglio 1921 e lavoro sulla Riv. Crit. di Clin. Med., 25 agosto 1922) risultò che:

1) Il tubercoloso che reagisce positivamente alla tubercolina reagisce positivamente e parallelamente anche ad altre proteine eterogenee, specie batteriche.

2) Tra reazioni cutanee alla tubercolina ed alle altre sostanze eterogenee esistono le seguenti differenze: *a*) generalmente scarsa differenza del diametro dell'alone superficiale arrossato; *b*) diversità tra il colorito delle due reazioni: la zona centrale della reazione tubercolinica è quasi sempre più chiara del resto dell'alone reattivo; le reazioni aspecifiche hanno generalmente un colorito uniforme in ogni punto; *c*) esiste una differenza notevole nei caratteri delle due reazioni riguardo all'infiltrazione della zona reattiva: nella reazione alla tubercolina la zona dermica infiammata si presenta infiltrata con diffusione in profondità, rilevata sulla cute, più tesa, in confronto alla zona reattiva alle sostanze aspecifiche che danno una infiltrazione quasi sempre scarsa ed uniformemente diffusa; *d*) la reazione alla tubercolina è più pruriginosa, più dolente alla pressione in confronto alle altre reazioni aspecifiche; *e*) esiste una differenza notevole nel tempo di comparsa e di durata, e cioè: le reazioni aspecifiche raggiungono il massimo di intensità in 16-24 ore, decrescendo dopo assai rapidamente e scomparendo generalmente dopo due o tre giorni; la reazione alla tubercolina invece è al suo massimo d'intensità dopo 24-48 ore e più (reazioni tardive specie nei cachettici), si mantiene a lungo, decrescendo poi lentissimamente e restando percettibile per una settimana e assai oltre.

3) La reazione del tubercoloso alla tubercolina è dovuta ai seguenti fattori: *a*) ad una azione specifica allergica la quale imprime una propria caratteristica a tutta quanta la reazione;

b) ad un'azione aspecifica la quale consta: di una azione propriamente specifica allergica (dovuta o a proteine o ad altre sostanze), e di una azione tossica primaria dovuta ai vari veleni contenuti nella tubercolina in quanto essi agiscono per propria tossicità.

Dalle indagini sperimentali e dalle osservazioni cliniche del Calzoni (lavoro in corso di stampa) fu dimostrato che: 1º sia l'autourinoreazione del Wildbolz, sia l'autosieroreazione dell'Inhof non avvengono nè per presenza di antigene simile alla tubercolina, e neppure per presenza (nell'urina) del gruppo biologico antigene — anticorpo che reagirebbe iniettato intracute col complemento, ma attraverso un complesso di fattori la maggior parte delle volte a noi sconosciuti nella loro essenza e nel loro meccanismo di azione; fattori che, a seconda dei casi forse varieranno nella qualità e nel numero, pure sembrando a noi l'effetto ultimo quasi identico; 2º che la prova del Leone è quasi sempre negativa persino in quei casi di tubercolosi incipiente, nei quali l'autore dice che manifesterebbe la sua particolare sensibilità, e quindi, data la quasi generale risposta negativa nei tubercolosi, tale reazione ha scarsissimo valore teorico e pratico.

L'O. conclude che il valore clinico delle reazioni cutanee con la tubercolina resta invariato, e che esse si debbono ancora considerare come specifiche, perchè possiedono quel tanto di specificità che è sufficiente per distinguerle da quelle reazioni esclusivamente aspecifiche che si ottengono con svariate sostanze nei tubercolosi.

CIOFFI E. — *Il significato clinico di corpuscoli fuxinofili nell'espettorato di tubercolotici.* — I corpuscoli fuxinofili, essendo acido-resistenti, sono visibili dopo preparazione con Ziehl, ad esame diretto. Il più delle volte dopo omogeinizzazione antiformica e Ziehl, non compaiono più al microscopio, quindi non sempre sono antiformina-resistenti. Sono Gram-positivi ad esame diretto, così come il bacillo tubercolare, per quanto, come si sa, non se ne faccia la ricerca con tale mezzo, perchè si confonderebbero con altri elementi Gram-positivi. Essendo non antiformina-resistenti il più delle volte, non si ricercano col Gram dopo omogenizzazione con antiformina. Al microscopio si presentano per lo più isolati, molto raramente a due: quando sono in maggior numero, di solito, non si presentano in linea con disposizione che ricorda il bacillo. Prendono molto bene lo Ziehl, sono di forma sferica, di diametro da 0,3-0,5 micromillimetri, sono a struttura apparentemente omogenea e leggermente rifrangenti.

Tali corpuscoli si riscontrano quasi costantemente in tutti gli espettorati contenenti bacilli di Koch. In molti casi con rarissimi bacilli si riscontrano numerosi corpuscoli nei quali tanto ad esame diretto, quanto dopo trattamento antiforminico, i bacilli tubercolari sono completamente assenti. Abbiamo motivo di ritenere che questi corpuscoli siano un materiale tubercolare, prima di tutto per le specifiche reazioni micro-chimiche e secondariamente per l'aspetto.

Essi, per lo aspetto, debbono indubbiamente considerarsi come una fase batteriolitica discretamente inoltrata del germe specifico.

Infatti in alcuni ammassi bacillari ottenuti col nostro metodo dell'agglutinoterapia, nell'espettorato, avendo usato una tecnica diretta a distaccare i diversi elementi del gruppo, abbiamo avuto occasione di notare, con la massima evidenza, i corpuscoli fuxinofili nella lora forma caratteristica, bacilli spezzettati e bacilli integri.

In alcuni cási i corpuscoli fuxinofili, dal punto di vista clinico, si riscontrano in espettorati completamente negativi per il bacillo, e in soggetto in ottime condizioni generali, con lievissimi fatti stetoscopici agli apici, senza febbri, senza sudori, con qualche colpo di tosse e scarsissimo espettorato. Tale elemento microscopico, accusa evidentemente una fase pretubercolare. Infatti questi stessi soggetti, aggravandosi le loro condizioni, mostrano dopo un certo tempo la presenza dei bacilli specifici nello sputo.

La stessa fase pretubercolare può essere rilevata dai soli corpuscoli non accompagnati dai bacilli, in soggetti che hanno cominciato ad avere oligoemia, decadimento delle forze, sudori, qualche volta febbri, con fatti stetoscopici al torace lievissimi (respirazione aspra, ipofonesi, ecc.). Inversamente altri individui che avevano già i bacilli nell'espettorato, scomparsi col nostro metodo dell'agglutinoterapia, anche ritornati alla salute, fanno notare per diverso tempo la presenza dei corpuscoli fuxinofili, i quali in questi casi, testimonierebbero di una fase post-tubercolare.

Appunto in questi casi, con soli corpuscoli fuxinofili nell'espettorato, abbiamo intraprese ricerche biologiche tendenti a dimostrare se tali elementi costituiscono un materiale tubercolare attivo, contagiante o non.

In tutti i modi le nostre conclusioni tendono a mettere in valore questi elementi, affinchè i medici potessero portarvi maggiore attenzione, dando loro il significato clinico e l'importanza che meritano.

MARAGLIANO. — Passando in rapida sintesi i lavori compiuti dal Congresso nelle sue sedute nota come ne emerga l'attività produttiva delle scuole italiane, nelle quali tutto quanto ci giunge dall'estero viene rigorosamente controllato, mentre in ogni manifestazione la scuola nostra procede con criteri particolari indipendenti. Tale atteggiamento fu sempre davanti alla mente di Guido Baccelli, tale indirizzo sia sempre la guida nel cammino che la Scuola Medica Italiana, forte delle sue tradizioni saprà compiere, dimostrandosi come sempre a nessuna inferiore.

Il sen. Maragliano ringrazia quindi a nome di tutti il Comitato organizzatore del Congresso ed in modo particolare il prof. Schupfer, ed annuncia che il prossimo Congresso avrà luogo in Roma.

E. TRENTI.

XXIX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

21 ottobre 1922.
Seduta pomeridiana.

Etio-patogenesi, anatomia patologica, fisiopatologia e cura chirurgica degli aneurismi veri.

Relazione del prof. LUIGI DE GAETANO.

Definizione. — Per aneurisma intendesi la dilatazione circoscritta delle tonache arteriose, *più o meno alterate,* entro cui il sangue circola comunicando direttamente con la corrente sanguigna del vaso da cui proviene.

Divisione e varietà. — Stabilito con la precedente definizione che *conditio sine qua non,* perchè si abbia la parziale dilatazione di un'arteria, debba essere l'alterazione più o meno profonda di tutte o di alcune delle tonache arteriose, cadono tutte le antiche divisioni e sottodivisioni che si solevano fare in questo capitolo tanto importante della patologia e della clinica chirurgica.

A noi sembra che due fondamentali divisioni debbano rimanere, ossia la divisione in *aneurismi veri o spontanei ed aneurismi falsi o spuri,* per lo più *traumatici.*

Questi ultimi sono anche detti *ematomi arteriosi pulsanti.*

Un aneurisma vero può dar luogo ad un aneurisma falso, anche senza cause traumatiche, per alterazioni successive delle pareti vasali, od ancora per eccessivo aumento della pressione sanguigna. Del pari essi possono formarsi per processi suppurativi o tubercolari.

L'*aneurisma falso* può essere *primitivo* o *consecutivo, circoscritto o diffuso.*

Negli aneurismi veri le pareti son fatte dalle tonache arteriose, più o meno alterate; le pareti, invece, degli aneurismi falsi son fatte di tessuto connettivo neoformato, prodotto della reazione dei tessuti circostanti al sangue stravasato. Sottospecie degli *aneurismi traumatici,* quando insieme all'arteria vi sia lesione di una vena, sono gli aneurismi artero-venosi con le loro varietà fondamentali: *fistola artero-venosa* (flebo-arteria di Broca); *aneurisma varicoso e varice aneurismatica,* oltre alle tante altre varietà descritte nei vecchi trattati, di nessuna importanza pel chirurgo.

L'anatomia patologica e la patologia sperimentale hanno, come più innanzi vedremo, successivamente dimostrato che i voluti *aneurismi misti* (esterni ed interni) non possono oggi più ammettersi perocchè essi erano espressioni di una concezione troppo semplicistica, secondo cui la parete di un'arteria, parzialmente lesa dall'esterno (ferite) e dall'interno (processi anatomo-patologici), indebolita nella sua resistenza, dovesse, sotto l'impulso della pressione sanguigna, dilatarsi e formare una bozza aneurismatica. Il processo di riparazione, di rifacimento e perfino di ricostruzione completa di un tratto arterioso, in qualsivoglia maniera alterato, è tale che ben difficilmente si ha dilatazione dell'arteria, *se dessa è sana;* l'aneurisma si avrà, invece, se tali processi reintegrativi, che presuppongono una completa efficienza dei poteri rigenerativi delle diverse tonache delle arterie, saranno *deficienti* od addirittura *assenti,* per altri precedenti processi anatomo-patologici, che ne abbiano indebolita la resistenza.

In tal caso, però, non sarà mai una sola o due delle tonache che adranno a costituire le pareti dell'aneurisma; perocchè un attento esame microscopico finirà per disvelare in esse sempre qualche elemento istologico rappresentante di ciascuna delle tre tonache arteriose, rientrando per tal fatto questi aneurismi tra gli aneurismi veri.

Se ci volgiamo a considerare un altro tipo di aneurisma, il cosidetto *aneurisma dissecante,* indipendentemente dal fatto che non ha alcuna importanza pei chirurghi, sviluppandosi per lo più nell'aorta toracica, esso può considerarsi, come giustamente fece osservare Eppinger, come un ematoma intraparietale. Si stabilisce, come si sa, con la rottura degli strati più interni della parete arteriosa, dovuta a traumi (rari) o più frequentemente a sifilide o ateromi, cui segue penetrazione del sangue tra i varî piani della parete arteriosa. Nè è infrequente il caso che, per altre rotture, a valle della primitiva, il sangue torni nel lume vasale, non dando che lievi disturbi a segno che, in tal caso, alcuni (Brostrom) parlano di aneurisma disseccante guarito.

Ed, infine, ci basterà solo ricordare che il voluto *aneurisma cirsoideo* o *racemoso* non può ritenersi per aneurisma, essendo invece un *angioma arterioso,* ossia un *tumore vascolare arterioso* costituito da una proliferazione vascolare patologica, probabilmente sempre di origine congenita, e che si estende ad un intero distretto arterioso (frequente alla regione temporale). Solo il cirsoide, esponente di una *flebo-arteriectasia* vi potrebbe in certo qual modo rientrare, essendosi dimostrato in questi ultimi tempi che desso ripete la sua patogenesi da una abnorme comunicazione tra arteria e vena (aneur. artero-venoso) (Cavazzani).

Alcuni anatomisti patologi, come lo Ziegler, hanno persino abbandonata la distinzione tra *aneurisma vero* ed *aneurisma spurio* pel fatto che tra le due forme ve ne esistono molte intermedie o combinate, e spesso in uno stesso caso non può senza altro dirsi quale parte prendano alla formazione del sacco le tonache arteriore distese e quale i tessuti neoformati.

Pur riconoscendo giuste le su riferite osservazioni, nondimeno riteniamo che, per noi chirurghi, è bene conservare la suddetta divisione, perocchè ben differente è la cura chirurgica a seconda che trattasi dell'una o dell'altro varietà.

L'O. fa seguire *ricordi anatomo-istologici e fisiologici* sulle arterie occupandosi della loro struttura, del loro modo di nutrizione e innervazione, indi passa a considerare l'*etiologia* degli aneurismi: sono cause di aneurismi tutte quelle condizioni le quali finiscono per determinare alterazioni, e quindi diminuzione di resistenza di un tratto di un vaso arterioso, che, o per la pressio-

ne sanguigna o per intercorrenti fatti traumatici, finisce in tal punto per dilatarsi.

Gli altri moventi etiologici, per tali ritenuti finora, non devono ritenersi che come cause predisponenti, pel fatto che concorrono a che le vere cause efficienti agiscano e determinino le condizioni anatomo-patologiche necessarie perchè l'aneurisma si stabilisca.

Così tra le cause predisponenti devono mettersi l'*età*, il *sesso*, la *razza*, gli *strapazzi*, il *mestiere*, le *emozioni*, la *sede*.

Tutte le statistiche, da quella di Lisfranc a quella di Monod e Vanverts, dimostrano che la maggior parte degli aneurismi esterni, si sviluppano *in individui di media età* e che *l'uomo è più frequentemente* affetto da aneurisma che non la donna, circa nella proporzione del 78 per 100, perchè la donna è meno dedita all'alcoolismo e meno esposta a cause traumatizzanti.

A proposito delle *razze* risulta che gli anglo-sassoni ed i giapponesi vi vanno più soggetti degli altri popoli, perchè i primi più dediti all'alcoolismo, gli altri per la maggiore diffusione della sifilide.

Pel *mestiere* vi sono predisposti i marinai, gli atleti ed i fabbro-ferrai.

Gli strapazzi finiscono per agire come *cause traumatizzanti*, o *direttamente* o *indirettamente*, per *stiramento dei vasi*, specie in vicinanza di articolazioni molto mobili, come il ginocchio.

Nella letteratura sono registrati casi di aneurismi, specie di aorta, comparsi repentinamente in seguito a *forti emozioni*.

A proposito della *sede* è ormai acquisito che le arterie più predisposte sono l'*aorta* e la *poplitea*. Nella statistica di Crisp si riscontrano 175 casi nell'aorta toracica, 137 nella poplitea e 60 nella femorale. Tal fatto viene concordemente confermato dalle successive statistiche (Delbet, Wolff, Monod e Vanverts). In alcune arterie vi sono delle sedi di predisposizione, così il *seno per l'aorta*, il *punto di biforcazione per la carotide primitiva*.

La vera etiologia degli aneurismi fa d'uopo ricercarla in tutte quelle cause che, dallo studio della patologia delle arterie, risultino capaci di *indebolire*, *alterare* o *disgregare* le tonache arteriose specie l'intima e la media.

Orbene le *cause efficienti* che tali alterazioni sulle tonache arteriose determinano sono:

le *infezioni* (batteriche e parassitarie);

le *intossicazioni;*

l'*incompleto sviluppo embrionale delle tonache* (predisposizione congenita);

i *traumatismi*.

I *germi infettivi* possono arrivare e fissarsi sulle pareti arteriose e lederle o *dall'esterno* (suppurazione, tubercolosi, sifilide) o *dall'interno*, arrivandovi trasportati dalla corrente sanguigna (emboli settici, sifilide).

Di tutte le infezioni, però, quella che indubbiamente ha una importanza capitale nella etiologia degli aneurismi è la *sifilide*.

Dopo la sifilide le *intossicazioni* rappresentano l'altro movente etiologico importante degli aneurismi. L'elemento tossico che va ad alterare le tonache arteriose può essere di origine *esogena*, *alcool* (alcoolismo), *sali di piombo* (saturnismo); o di origine *endogena*, prodotti del *metabolismo cellulare* non sufficientemente bruciati e ritenuti nell'organismo (artritismo).

Indubbiamente di questi elementi etiologici il più importante è l'alcoolismo.

Rare sono le cause *congenite*, le quali consistono nell'insufficiente sviluppo di alcuni elementi costituenti la parete vasale.

Le *cause traumatiche* hanno certo una grande importanza nella genesi degli aneurismi. Però, a noi sembra che si esagerasse non poco quando molto si attribuiva alle cause, puramente meccaniche, niun conto tenendo dello stato anatomo-patologico delle tonache vasali.

Di rincontro, lo sviluppo della radiologia ha messo in evidenza, come cause di aneurismi, sporgenze ossee o malformazioni congenite ossee (costole soprannumerarie), le quali continuamente premendo su vasi importanti (succlavia per costole cervicali) finiscono per determinare la formazione di aneurisma, non tanto per l'azione meccanica, quanto per le alterazioni trofiche, che, a lungo andare, finiscono per diminuire la resistenza della parete vasale.

L'O. venendo, poi, a parlare della patogenesi, dopo aver passato in rivista le varie teorie emesse e le diverse classificazioni propone la seguente:

1° *Aneurismi congeniti.*

2° *Aneurismi semplici comunemente detti spontanei*:

a) da sifilide;
b) da arteriosclerosi;

3° *Aneurismi parassitari*:

a) aneurismi verminosi;
b) aneurismi da emboli infettivi (settici);
c) aneurismi per erosione dall'esterno da processi infettivi (suppurazione, tubercolosi);

4° *Aneurismi da traumi*:

a) da emboli semplici (asettici);
b) da pressione continuata;
c) traumatici propriamente detti.

Illustra le varie forme, trattenendosi specialmente sugli aneurismi traumatici propriamente detti, per i quali viene alle seguenti conclusioni:

1° *È possibile la esistenza di aneurismi veri determinati da cause traumatiche* (teoria meccanica di Recklingausen ed Eppinger - teoria tedesca);

2° *Contrariamente a quanto sosteneva Eppinger le traumatiche non sono le cause più frequenti di aneurisma;*

3° *Per lo stabilirsi delle dilatazioni aneurismatiche è, per lo più, necessario che intervenga un processo infiammatorio qualsiasi* (*teoria infiammatoria* di Scarpa, Fabris ecc. - teoria italiana);

4° *L'indebolirsi della parete arteriosa, causa prima dello sviluppo di un aneurisma, talora è di origine meccanica, e tal'altra di origine infiammatoria* (Delbet);

5° *Non infrequentemente, invece, agiscono tut-*

te e due le cause, ossia che dopo un periodo di preparazione infiammatoria interviene un trauma, anche minimo, che determina la dilatazione dell'arteria per rottura delle sue tonache interne (Pascale).

Nei riguardi dell'*anatomia patologica* l'O. prende a considerare prima la forma degli aneurismi, che può essere varia: *aneurismi fusiformi*, più frequenti nell'aorta; *aneurismi sacciformi*, nei quali la dilatazione è circoscritta e dà luogo ad una sacca, per lo più laterale, comunicante con l'arteria per mezzo di un orifizio più o meno ristretto detto *colletto*. La sacca può assumere volume vario: *piccolissimo, cospicuo* fino a quello di una testa di feto, e *grandissimo* quanto la testa di un adulto ed ancora più voluminosi.

L'*aneurisma navicolare* si ha quando assume tale forma e l'apertura della sacca ha luogo nel senso della lunghezza del vaso.

Raramente è *imbutiforme* ed in tal caso va sempre più restringendosi verso la parte più sporgente.

Anche rara è la *forma anulare*, quando la sacca comprende tutta o quasi la circonferenza del vaso.

Lo spessore della parete della sacca aneurismatica è molto variabile, anche in una stessa sacca, ora è sottile come un foglio di carta e facilmente lacerabile, ed ora è spessa parecchi millimetri e molto resistente. La superficie interna raramente è liscia, per lo più è irregolare e presenta delle aree fibrose o calcificate, od anche giallastre per degenerazione grassa.

La parete della sacca, quando ha raggiunto una certa ampiezza non fa più vedere, all'esame istologico, la struttura della parete arteriosa primitiva; ma, invece, risulta costituita da un connettivo fibroso, denso, con residui di fibre elastiche e di fascetti di fibro-cellule muscolari, spesso in fase di metamorfosi regressiva.

La tonaca interna dell'arteria a volte si continua dolcemente con quella della sacca aneurismatica; altre volte invece forma nel punto di passaggio un brusco rilievo a guisa di *sperone*.

All'interno della sacca l'*intima* presenta i caratteri dei vasi in preda a processi di endoarterite. Tra la membrana interna e l'esterna, si trovano *residui della tonaca media*.

L'*avventizia* dell'arteria, per lo più ispessita, si continua direttamente sul sacco e ne forma la parete esterna.

Della fisiopatologia esamina dapprima le condizioni della circolazione del sangue nell'interno della sacca aneurismatica, il rallentamento della corrente sanguigna, che insieme coll'alterazione dell'intima porta con facilità alla coagulazione del sangue. Esamina il meccanismo della formazione dei coaguli nell'interno della sacca, la loro organizzazione e i varî processi ai quali possono andare incontro; l'eventualità della guarigione spontanea.

Cura: l'O. accenna ai varî metodi di cura incruenta, dei quali uno solo può dare qualche risultato ed è la compressione diretta.

Passa poi in rivista i metodi di cura chirurgica e così conclude:

1. Se si consideri che il celebre chirurgo Percival Pott alla fine del secolo XVIII asseriva che, secondo la sua propria esperienza, le operazioni degli aneurismi hanno un corso sempre mortale, e che nessuna altra operazione egli vide salvare la vita degli infermi, allo infuori della amputazione, bisogna convenire che molto cammino la chirurgia ha fatto in un periodo di tempo relativamente breve.

2. Il metodo della legatura a monte (Anelio-Hunter-Scarpa) deve essere riservato a quei casi, nei quali altri metodi migliori non siano applicabili.

3. Praticando la legatura dell'arteria a monte, sarà bene eseguire contemporaneamente anche la legatura della vena (Ceci-D'Antona-De Gaetano).

4. Il metodo dell'asportazione del sacco ha dato finora i migliori risultamenti; gli è per ciò che deve preferirsi agli altri, perocchè con esso più facilmente si evitano le gangrene periferiche, le recidive, e la persistenza di sofferenze locali (Delbet-Pascale).

5. Il metodo della incisione del sacco, con la legatura dell'arteria sopra e sotto prima (Antyllus) o dopo (Keysler) la incisione deve praticarsi solo in quei rari casi nei quali non fosse possibile dissecare il sacco.

6. La sutura laterale si praticherà negli aneurismi sacciformi, previa asportazione del sacco, sempre che le condizioni delle pareti arteriose, prossime all'orifizio di comunicazione, diano sufficiente affidamento per una adeguata rigenerazione degli elementi costitutivi delle tonache arteriose.

7. L'endoaneurismorrafia obliterante, ristauratrice e ricostruttiva non pure richiede nell'operatore il possesso di una tecnica delicata e perfetta, ma, allo stato attuale, le statistiche dei chirurghi, che più l'hanno eseguita, ancora non sono arrivate a dimostrarne la superiorità sugli altri metodi. Chirurghi sperimentati nella chirurgia dei vasi hanno dovuto rinunziare a praticarla per le difficoltà che le pareti del sacco, spesso molto rigide, presentavano a mobilizzarsi per poter essere suturate.

8. Il trapianto arterioso o venoso, che ha più la sua indicazione negli aneurismi falsi traumatici primitivi o consecutivi e negli aneurismi artero-venosi, tenendo presente quanto abbiamo messo in evidenza nello studio patogenetico ed anatomo-patologico degli aneurismi, potrebbe tentarsi; ma richiederebbe del pari nell'operatore una abilità tecnica operativa, che si acquista solo con lo esercizio e con il tempo.

9. Allo stato attuale delle nostre conoscenze la cura chirurgica degli aneurismi si dovrebbe compendiare, perchè potesse essere alla portata di ogni più modesto chirurgo, nella legatura a monte (Anelio-Hunter); nella asportazione del sacco (Purmann-Delbet-Pascale), e nella asportazione del sacco seguita dalla sutura laterale, negli aneurismi sacciformi, che vi si prestassero.

Dirà l'avvenire se l'aneurismorrafia restauratrice e ricostruttiva del Matas e gli innesti arteriosi e venosi potranno superare gli indiscussi vantaggi della legatura a monte e della estirpazione del sacco.

Discussione sulla relazione De Gaetano e comunicazioni su argomenti affini.

MINERVINI. — *Aneurisma traumatico popliteo. Estirpazione del sacco.* — È d'accordo col relatore che il metodo di cura preferibile e radicale degli aneurismi è l'asportazione della sacca. Riferisce un caso di aneurisma della poplitea, consecutivo a ferita da arma da fuoco, nel quale fu difficilissima l'asportazione della sacca per le aderenze e per una grossa scheggia ossea saldata nel solco intercondiloideo, che fu necessario resecare. Malgrado l'allacciatura del tronco afferente ed efferente, non arrestandosi l'emorragia, fu necessario allacciare il tronco della femorale più in alto. L'infermo guarì. L'O. presenta il sacco estirpato e la scheggia ossea resecata.

CASSANELLO. — *Aneurisma traumatico dell'a. succlavia sin. Estirpazione del sacco.* — Riferisce un caso, nel quale, estirpando il sacco, ottenne la guarigione senza disturbi circolatorî dell'arto e ritiene che quando la cura ideale della rafia non è possibile si debba ricorrere al metodo dell'asportazione con legatura doppia dei monconi, il quale metodo è superiore a quello della legatura. L'O. ritiene sia indicato, nel caso della succlavia, associare alla legatura dell'arteria quella della vena, e che, se si presentano dei disturbi circolatorî, sia utile mettere l'arto in posizione declive.

MUSCATELLO. — Chiede all'O. dove abbia praticato l'allacciatura; quale sia il limite fra la succlavia e l'ascellare, poichè i tedeschi fanno rientrare nella succlavia la prima porzione dell'ascellare.

PIERI. — *Contributo alla cura chirurgica degli aneurismi.* — Riferisce 21 casi operati nel reparto del prof. Bastianelli, di cui 13 arteriosi, operati: 5 con legatura doppia ed asportazione del sacco, 3 con legatura prossimale, 2 con legatura distale, 3 con l'aneurismorrafia e 8 arterovenosi, in 3 dei quali fu tentata la sutura degli orifizi, che non riuscì. In questi aneurismi artero-venosi furono fatte 3 quadruplici legature, 2 legature doppie dei vasi con resezione del tratto di arteria interposto; in 2 la doppia legatura coll'asportazione del sacco, in un caso doppia legatura dell'arteria e sutura dell'orificio venoso.

Dei 21 operati uno solo morì per polmonite postoperatoria; 19 guarirono e uno di aneurisma della succlavia, già operato altre volte, migliorò colla legatura dell'arteria.

ROMITI. — *Osservazioni cliniche e anatomo-patologiche sugli aneurismi cirsoidi.* — L'O. prende occasione dallo studio clinico e anatomo-patologico di due casi di aneurismi cirsoidi degli arti inf., osservati nella Clin. Chirurgica di Bologna per fare alcune considerazioni sulla etio-patogenesi di questa affezione. L'O. fa osservare che essa negli arti inf. costituisce una rarità, non avendone potuto rintracciare nella letteratura che 16 casi.

Riassume le storie cliniche dei suoi due casi e riferisce il buon risultato ottenuto in uno colla escissione del cirsoide, nell'altro colla legatura dei vasi afferenti ed efferenti.

Non crede che la malattia sia di natura neoplastica.

PURPURA. — *Sull'aneurisma traumatico.* — Ha curato degli aneurismi traumatici, tra i quali ricorda particolarmente un aneurisma dell'a. femorale, che ha asportato completamente e uno della ascellare, di cui ha asportato la parete anteriore. Dall'esame microscopico di questi casi desume che la difficoltà di circolo nella sacca determina alterazioni nella parete vasale che possono essere considerate come fenomeni di adattamento a un maggior lavoro; che la trasformazione della parete vasale in parete aneurismatica sia solo limitata ad alcuni tratti; che i trombi sorgano per lo più da tratti dello aneurisma, in cui è ancora conservata la grossolana architettura della parete vasale, per quanto alterata; che le arterie a tipo muscolare offrano maggiore resistenza di quelle a tipo elastico allo sviluppo del processo morboso.

FASANO. — *Contributo alla chirurgia vasale.* — Fa brevi considerazioni su un caso di embolia della femorale, operato di arteriotomia, nel quale si ebbe gangrena dell'arto inferiore, limitata al piede.

MAJOCCHI. — *Considerazioni sulla cura dell'esoftalmo pulsante.* — Riferisce un caso di esoftalmo pulsante dovuto ad aneurisma arterovenoso comparso in seguito a penetrazione di una punta di tridente nell'orbita, curato e guarito colla legatura della carotide primitiva. La guarigione fu controllata per più di otto anni consecutivi, e cioè fino al presente. L'O. fa importanti considerazioni sui diversi metodi di cura proposti e specialmente confronta i risultati ottenuti dalla legatura della carotide primitiva con quelli ottenuti dalla legatura della carotide interna.

CROSTI. — Ebbe occasione di operare due casi di esoftalmo pulsante, uno coll'allacciatura della carotide comune, uno con quella dell'interna. A suo avviso quest'ultima deve essere l'operazione di scelta.

PASCALE. — Ricorda un suo lavoro.

MAJOCCHI. — È anch'esso d'accordo che è meglio legare la carotide interna.

MUSCATELLO. — Riferisce un caso di enorme aneurisma della succlavia, che aveva usurato anche alcune costole, che egli ha operato con buon successo.

DOMINICI. — Ritiene che si debba conservare la distinzione fra aneurismi traumatici cosidetti falsi ed aneurismi traumatici cosidetti veri, anche se per maggiore esattezza si vuole cambiar loro nome e chiamarli metaemorragici i primi e semplicemen-

te traumatici gli altri. Ed a conferma di questa sua opinione ricorda il caso di aneurisma dell'a. omerale profonda esistente lungo il tramite di una ferita da pallottola di fucile da lui operato qualche tempo dopo il trauma e nel quale l'esame microscopico dimostrò l'esistenza, in mezzo a un tessuto connettivale, di residui della parete arteriosa.

Ricorda inoltre gli aneurismi ottenuti sperimentalmente da lui e dal Crainz contundendo o ledendo dall'interno la parete dell'aorta e che risultavano evidentemente da uno sfiancamento della parete arteriosa alterata e in parte cicatrizzata.

Purpura. — A proposito di quello che ha detto Dominici rileva che tra aneurisma vero e falso o spurio non c'è alcuna differenza anatomica essenziale. Il gruppo degli aneurismi traumatici comprenderebbe i metaemorragici, cioè consecutivi ad ematomi periarterosi, i cicatriziali formatisi in seguito a cicatrizzazione della parete vasale e successivo sfiancamento ed i traumatici dipendenti da un trauma che non abbia prodotto discontinuità nella parete arteriosa.

Minervini. — Per meglio precisare i concetti corrispondenti alla denominazione di aneurisma traumatico e falso è a stabilire che non tutti gli aneurismi traumatici sono falsi, ma solo quelli nei quali il sangue fuorviesce dall'arteria lesa e costituisce un ematoma pulsante, che poi si circonda di una parete reattiva.

Ma tutti gli altri la cui sacca è costituita dalle residue tuniche dilatate ed alterate non sono punto aneurismi falsi o spuri, ma corrispondono a quella varietà che gli antichi trattati chiamavano aneurismi misti. Quando è lesa o distrutta la tunica interna, la parete resta fatta dall'avventizia e si ha l'aneurisma misto esterno, che è il più comune e il più importante. Quando è lesa la tunica esterna, la bozza aneurisfatica è fatta da ernia dell'intima e si ha l'aneurisma misto interno, meno frequente e che non ha interesse per il chirurgo, perchè suol rimanere di proporzioni minime e si riscontra specialmente nelle arterie cerebrali.

Falcone. — Riferisce un caso di aneurisma traumatico della tibiale anteriore, esteso per tutto lo spazio interosseo della gamba, in cui non essendo possibile praticare l'estirpazione del sacco, nè la legatura in situ si sarebbe dovuto procedere alla legatura della femorale o della poplitea. Egli, invece, ha inciso largamente la sacca, ed ha praticato una sutura endoaneurismatica dell'orifizio afferente e di tutte le aperture vasali, ottenendo emostasi perfetta.

Il risultato è stato brillante e permette di pensare che vi sieno contingenze speciali in cui una modalità tecnica analoga può rappresentare una risorsa terapeutica preziosa.

Anzillotti. — A proposito della cura degli aneurismi spontanei e traumatici crede che l'estirpazione del sacco sia il metodo migliore, ma per fare questo occorre prima preparare bene il campo operatorio con una larga via di accesso in modo da isolare il vaso a monte e a valle, mettere un laccio di aspetto non stretto a monte e a valle, riducendo le legature definitive al più limitato campo. Questo per evitare emorragie gravi.

Riferisce un caso di ampio aneurisma artero-venoso della metà inferiore della coscia guarito colla sola allacciatura a monte della femorale.

Nacciarone. — Osserva che il trattamento degli aneurismi con legature semplici o multiple ed asportazione del sacco è cosa che deve ritenersi un passato chirurgico. L'assemblea oggi non può che prendere atto di nessun progresso comunicato e fa voti che l'attività degli studiosi si indirizzi a quello che è un vero problema della chirurgia vasale moderna, e cioè innesti e trapianti.

Rossi F. — Il prof. De Gaetano mantiene la distinzione fra aneurisma falso e vero «perchè ben differente è la cura chirurgica a seconda che trattasi dell'una o dell'altra varietà». Ma la differenza è soltanto patogenetica, perchè in ambedue vi è un sacco e quindi la cura è uguale in ambedue.

De Gaetano risponde esaurientemente ai diversi interlocutori.

In quanto alla classificazione si trovò in imbarazzo se conservare la semplice distinzione in aneurismi veri e spuri, o adottare la denominazione unica di aneurismi sostenuta da alcuni. Ha creduto conservare la prima per non ingenerare eccessiva confusione e alleggerire l'argomento. Riguardo all'osservazione del prof. Rossi fa notare che negli aneurismi spurî traumatici sono più adattabili i varî processi di rafia, perchè essendo le pareti vasali in migliori condizioni meglio si prestano alla tenuta della sutura.

Seduta antimeridiana del 22 ottobre.

Comunicazioni varie.

Bufalini. — *Sul trattamento dei diverticoli esofagei.* — Riferisce un caso operato nella Clinica di Pisa. Si trattava di un diverticolo faringo-esofago, che venne asportato mediante incisione classica dell'esofagotomia esterna. Legato e sezionato il peduncolo venne infossato con sutura alla Lembert. Sutura parziale delle parti molli. Si formò una piccola fistola che si chiuse in 20 giorni. Afferma sia questo il metodo migliore di cura dei diverticoli esofagei. La gastrostomia preventiva va considerata come un trattamento di eccezione, da usarsi solo in caso di grave denutrizione del paziente.

Sperimentalmente ha visto che facendo legature laterali dell'esofago si ha sempre ulcerazione della parete e consecutivo flemmone periesofageo, al contrario di ciò che accade per lo stomaco e intestino, nei quali si forma un nodulo fibroso. Questo per la mancanza di un rivestimento sieroso.

Carmona. — *Sulle alterazioni del peritoneo in seguito ad immissione di urine e feci nel cavo peritoneale.* — Ha sperimentato su tre gruppi di animali con urine sterili od infette, con feci sterilizzate o no. Ha riscontrato: con urine sterili

nessuna reazione del peritoneo ed infiltrazione leucocitaria diffusa della parete addominale. Con urine infette niente al peritoneo, ascessi della parete. Con feci infette: peritonite sieropurulenta e debole reazione infiltrativa della parete. Con feci sterilizzate: peritonite fibrinosa localizzata al punto di contatto tra feci e peritoneo, alla parete esagerati i fenomeni riscontrati negli esperimenti fatti con le urine.

DOMINICI. — *Versamenti biliari nel peritoneo senza perforazione delle vie biliari.* — Ha raccolto dalla letteratura 29 casi di versamento biliare nel peritoneo, o peritonite biliare, senza perforazione delle vie biliari, alcuni operati con diagnosi varie, altri reperto di autopsia, e caratterizzati dalla presenza di liquido libero nel peritoneo contenente pigmenti biliari ed acidi biliari, talora con germi, talora sterile, senza che esistesse alcuna lesione di continuo delle vie biliari. Tra le varie ipotesi fatte per spiegare la patogenesi di tale lesione la più probabile, per varie considerazioni che l'Autore espone, è quella del Blad alla quale tale autore ha cercato di dare una base sperimentale in «vita» e che riporta la causa ad alterazioni della bile prodotte dalla mescolanza con essa di succo pancreatico. Il Dominici si è proposto di studiare più a fondo il meccanismo patogenetico di tale lesione e con varie esperienze fatte sul cane ed «in vitro» è giunto alle seguenti conclusioni:

1) Nè infezioni della cistifellea, nè lesioni necrotiche delle sue pareti di origine chimica o termica sono sufficienti a produrre versamenti biliari nel peritoneo purchè naturalmente non si produca una perforazione.

2) I fermenti pancreatici mescolati alla bile nella cistifellea non sono sufficienti a produrre la filtrazione di essa attraverso le pareti di questo organo.

3) Lo stesso si può dire per il secreto duodenale mescolato alla bile nella cistifellea.

4) Se invece si mescola alla bile secreto pancreatico e secreto duodenale insieme, si produce filtrazione della bile attraverso le pareti della cistifellea. Tale risultato porta una conferma indiretta alla questione ancora discussa in fisiologia dell'attivazione dei fermenti pancreatici da parte del secreto duodenale.

5) Nel liquido peritoneale in tali casi riusciti positivi si trovano pigmenti biliari, acidi biliari, leucociti, talvolta eritrociti, e germi (b. coli).

6) La filtrazione della bile attraverso alle pareti della cistifellea è dovuta, secondo il Dominici, non solo alle modificazioni che si producono nella bile, come sosteneva il Blad, ma anche alle alterazioni profonde, di natura necrotica, che si producono nelle pareti della cistifellea e che sono indispensabili perchè la filtrazione avvenga.

DONATI. — A titolo di chiarimento chiede al professor Dominici se non gli sembra che altri fattori entrino in giuoco a determinare il passaggio di bile attraverso le pareti della cistifellea: cioè la stasi e l'infezione, due fattori che devono avere una enorme importanza nella patogenesi, accanto a quello — senza dubbio notevole — che sperimentalmente è stato messo in evidenza dall'egregio collega.

MUSCATELLO. — Si deve distinguere coleperitoneo da peritonite biliare. Ci sono dei versamenti di bile senza reazione ed altri con reazione peritoneale, essudato e formazione di pseudomembrane. Ricorda un caso operato recentemente: si tratta di un soggetto colpito da trauma dell'ipocondrio d., che dapprima stette bene, poi ebbe malessere e versamento peritoneale che risultò alla puntura esplorativa costituito da essudato con bile. Operato tre mesi dopo il trauma si trovò il peritoneo diviso in sacche contenenti liquido verde e molte pseudomembrane. Svuotato il liquido chiuse il ventre; guarigione in 20 g. Nella parete toracica d. furono rinvenuti due noduli, che, asportati, si trovarono costituiti da *cisticerco cellulosae*: nel liquido estratto furono trovati due uncini. Quindi la peritonite biliare è da ritenersi in questo caso consecutiva a piccole lacerazioni del parenchima epatico, affetto da cisticercosi.

MINERVINI. — Il prof. Dominici ha riferito che molti casi di coleperitoneo sono guariti con semplice laparotomia. L'O. chiede quale influenza possa avere l'apertura del ventre sulle alterazioni della parete cistica e sulle condizioni meccaniche che permettono il regurgito degli enzimi pancreatici e duodenali attraverso il coledoco e il cistico.

PIERI. — Nell'estate 1919 operò un infermo con sintomi che facevano pensare ad una peritonite di origine appendicolare. Alla laparotomia si trovò un'abbondante raccolta biliare e pseudomembrane. Scoperta la cistifellea, che era grossa come un limone, fu eseguita una colecistectomia e chiusa completamente la parete. L'infermo guarì in tre settimane e da allora gode buona salute.

Non si vedevano macroscopicamente perforazioni della cistifellea.

FICHERA. — Chiede se si possono fissare delle leggi determinate sulle indicazioni della così detta colecistectomia ideale.

MUSCATELLO. — Crede che la colecistectomia ideale sia indicata quando il cistico è chiuso.

OLIANI. — Ha eseguito 64 volte la colecistectomia ideale, senza dover lamentare nessun inconveniente. Ha sempre legato doppiamente il cistico, affondandolo sotto il peritoneo. È necessario assicurarsi che sia del tutto libero il passaggio attraverso la papilla del Vater.

DONATI. — Afferma che la sua esperienza abbastanza estesa è in favore della possibilità della chiusura completa delle pareti dopo colecistectomia in un numero maggiore di casi di quanto non si potrebbe credere, e cioè quando si è potuto ben isolare la cistifellea dal letto epatico senza che questo rimanga sanguinante, quando si sia legato isolatamente il cistico con doppia legatura e si sia potuto conservare un lembo peritoneale che

permetta la peritonealizzazione completa e l'affondamento del moncone sotto il peritoneo stesso. Se questo non si può ottenere è meglio drenare. Si chiede se qualche volta anche in questi casi non sarebbe meglio chiudere, pensando che il drenaggio venga a turbare il normale processo di cicatrizzazione. È indubitato che ci si deve assicurare della completa pervietà del coledoco.

CHIASSERINI. — Ha operato due casi di idrope della cistifellea, chiudendo poi totalmente le pareti addominali. Ha avuto guarigione senza inconvenienti. Crede la colecistectomia ideale possa eseguirsi nei casi di infezione attenuata, isolando accuratamente il cistico, legandone il moncone e affondandolo nell'omento gastroepatico.

PARLAVECCHIO. — Crede si sia ecceduto troppo nella demolizione della cistifellea. Avendo costatato che nella maggioranza dei casi coincide la ptosi epatica, ha pensato di praticare l'epatopessi correttrice dell'angolazione del cistico; a questa fa seguire la colecistostomia, il raschiamento della mucosa della cistifellea e il sondaggio del cistico ripetuto per varî giorni. Risultati ottimi, anche a distanza di anni e senza postumi.

ALESSANDRI. — Alla questione precisa posta dal prof. Fichera si deve rispondere in modo altrettanto preciso. Inutile parlare di casi in cui il cistico è obliterato ed è anche superfluo affermare che il coledoco deve essere pervio. Si tratta di stabilire la condotta da tenere quando il cistico è pervio e si deve praticare la colecistectomia. Questa è in genere indicata in casi di alterazione notevole della parete della vescichetta e per lo più con infezione in atto o pregressa. In questi casi crede sia opportuno drenare; quando ha tentato la chiusura per prima ha dovuto riaprire. Non nega che in casi favorevoli, con lievi lesioni, operazione facile, isolamento esatto del cistico, doppia legatura, peritonealizzazione, si possa chiudere senza drenare.

MUSCATELLO. — Quando la cistifellea è in buone condizioni si deve conservare; quando è in cattive si deve asportare. Non è d'accordo sui buoni risultati ottenuti dal Parlavecchio. Quando si fa la etcomia e si ha un buon peritoneo, si incappuccia bene il moncone del cistico, si può chiudere per primam. Se il peritoneo non è in buone condizioni si deve drenare.

GIORDANO. — Prima chiudeva totalmente il ventre dopo colecistectomia; ma, accadendogli di dover in secondo tempo riaprire, lasciò un drenaggio di garza con un punto di attesa che stringeva dopo 3-4 g. se non usciva bile. Però gli accadde talora che dopo ricominciava a filtrare bile; da molti anni ormai lascia sempre una fognatura per una settimana, dopo cui la sopprime se non viene bile: la rinnova se filtra bile.

D'AGOSTINO. — Si occupò dell'argomento in una sua pubblicazione del 1919 (*Il lavoro chirurgico nell'Ospedale Civile di Faenza*).

Egli applica sempre un drenaggio di garza iodoformica di «sicurezza» che toglie dopo 48 h. Questo è sufficiente a garantire una tunnellizzazione attraverso alla quale la bile può uscire all'esterno se la chiusura del cistico non esistesse. Questa crede sia la miglior linea di condotta.

MUSCATELLO. — Crede che non si debba adoperare drenaggio di garza, ma sempre tubulare.

GIORDANO. — Sostiene che drena bene anche quello di garza, se si ha cura di cambiare spesso la medicatura.

PASCALE. — Rinunzia alla sua comunicazione sugli interventi per calcolosi biliare. In alcuni casi si deve fare la colecistectomia ideale. Quando la cistifellea sia infetta non basta raschiare la mucosa, come vorrebbe Parlavecchio, si deve asportare; quelli che possono guarire con la colecistostomia sono i casi di ittero cronico.

MUSCATELLO. — Propone la chirurgia delle vie biliari sia messa in discussione per il prossimo Congresso.

ANZILOTTI. — *Colecistiti tifiche. Considerazioni sulla cura chirurgica dei portatori di bacilli di Eberth.* — Accennato alle idee attuali sulla patogenesi del tifo ed alle lesioni eberthiane estraintestinali primitive, riferisce un caso di colecistite primitiva purulenta da bacillo di Eberth, trattato con la ectomia e seguito dalla costituzione di uno stato cronico di eliminazione di b. del tifo colle feci, che durava ancora 14 mesi dopo l'intervento. Ammette che la infezione eberthiana sia nel suo caso sopravvenuta dopo colelitiasi. Discute la cura chirurgica dei portatori dei b. del tifo dimostrando che si deve fare la ectomia unita al drenaggio dell'epatico o anche la stomia con drenaggio prolungato per fare eliminare del tutto i bacilli. Tale cura può dare un insuccesso perchè forse i bacilli si sono annidati in altri organi.

COMOLLI. — *Sulla esplorazione delle vie biliari colla sonda duodenale a scopo diagnostico.* — Ha fatto ricerche in alcuni pazienti affetti da lesioni infiammatorie delle vie biliari usando il procedimento di Lyon. Egli conclude che tenendo conto della quantità e qualità del liquido raccolto, del modo di deflusso e del contenuto in elementi patologici, si possono avere dati molto utili per la diagnosi di lesione della cistifellea.

SAVELLI. — *Valore della deviazione del complemento nella cisti da echinococco del fegato.* — In 7 casi di cisti di echinococco del fegato occorsigli, ha fatto praticare la deviazione del complemento e la ricerca della formula ematica. In tutti i casi ha trovato eosinofilia, mentre la deviazione del complemento è stata positiva in un solo caso, in cui si trattava di cisti prolifera. Negli altri 6 si trattava di acefalocisti. Da questi suoi risultati e da altri lavori consultati risulterebbe che la reazione di fissazione positiva può far diagnosticare non solo la cisti, ma anche la sua varietà. Crede trovare di ciò la spiegazione nel fatto che nelle cisti proligere per la moltiplicazione del parassita si genera una forte quantità di antigeni.

che dànno luogo ad una corrispondente quantità di anticorpi, ciò che accade in grado molto minore nelle acefalocisti.

TADDEI. — Non ritiene la deviazione del complemento sia specifica della qualità delle cisti. Crede preferibile la cutireazione del Casoni che è positiva in un grandissimo numero di casi, più ancora dell'eosinofilia.

SOLIERI. — Ricorda al prof. Taddei che quanto egli ha riferito è del tutto simile al noto processo del compianto prof. Biondi, che ha dato all'O. sempre risultato costante e completo.

BATTAGLIA. — La vera reazione biologica è la cutireazione e non la deviazione del complemento, giacchè questa non è che una reazione colloidale.

DEL TORTO. — Non è d'accordo col prof. Taddei nel dare la preferenza all'intradermoreazione del Casoni, perchè questa è meno sensibile della deviazione del complemento. Quanto ai risultati negativi che si possono avere in portatori di cisti, ammette che ci possano essere organismi che reagiscono più debolmente ai veleni cistici, come possono esserci cisti che dànno minor quantità di veleno. L'ipotesi quindi del prof. Savelli potrebbe servire a colmar la lacuna, ammettendo, cioè, che sieno proprio le acefalocisti quelle che dànno reazioni biologiche negative.

SAVELLI. — Al prof. Taddei risponde che la sua è un'ipotesi fondata su determinati casi clinici osservati, per cui può verificare se con altre osservazioni verrà ad essere confermata la sua ipotesi.

NIOSI. — *Ricostruzione della punta del naso e della parete anteriore delle narici* (per asportazione da morso umano). — Presenta la paziente, nella quale per ottenere la cartilagine del lobulo fece prima un trapianto libero di cartilagine costale nel sottocutaneo del braccio sinistro, e dopo alcune settimane lo applicò sul naso facendo un grande lembo all'italiana. La parte anteriore mancante delle due narici fu ottenuta rovesciando in basso due lembetti cutanei rettangolari nasali. Dopo due settimane l'operazione fu completata rifacendo il contorno delle due narici e il setto cutaneo. I congressisti unanimi costatano il bel risultato della plastica eseguita.

Seduta pomeridiana del 22 ottobre.

MORPURGO. — *Sulla congiunzione dei nervi dei topi in parabiosi.* — L'O. unendo il moncone centrale dello sciatico di un topo adulto, col moncone periferico del nervo omonimo di un altro topo della stessa età, dimostra che è possibile la rigenerazione di un nervo di un organismo entro un altro organismo e la connessione artificiale della funzione nervosa fra due individui perfettamente sviluppati.

MINERVINI. — Si congratula col prof. Morpurgo per i risultati ottenuti; osserva che la rigenerazione nervosa sul tronco periferico dell'altro animale si compie come di solito nella sutura nervosa. Per quanto nuovi questi risultati rientrano nella categoria degli innesti di tessuti fra animali della stessa specie, e questi riescono quando non esistono condizioni sfavorevoli.

FASIANI. — Giacchè si parla di innesti riferisce i risultati di alcune sue ricerche sperimentali sull'innesto autoplastico ed omoplastico della pelle per indagarne i processi e studiare le cause della morte dell'innesto omoplastico. L'O. ha rivolto specialmente l'attenzione al comportamento dei vasi e dei nervi sul trapianto. Egli ha visto che nell'innesto auto- ed omoplastico si stabiliscono precocemente connessioni vasali e si ristabilisce una circolazione di sangue attraverso il lembo, poi, mentre nello innesto autoplastico la circolazione si fa perfetta, in quello omoplastico compaiono fenomeni d'iperemia passiva con stasi e infarcimento di sangue e rapida necrosi del lembo. Anche i nervi nei primi 8 giorni mandano fibrille neoformate sul lembo; però, mentre nell'innesto autoplastico la rigenerazione avviene a grossi fasci rigogliosi, in quello omoplastico si avanzano solo poche e brevi fibrille. Quanto alla morte dell'innesto essa non deve essere attribuita alla mancanza delle connessioni vascolari, nè all'impossibilità delle connessioni nervose e le condizioni che impediscono l'attecchimento degli innesti omoplastici non appartengono a quelle che possono venire influenzate da modificazioni umorali dell'ospite e del fornitore.

PURPURA. — Fa osservare che i reperti istologici del Morpurgo riproducono esattamente il processo di rigenerazione dei nervi in un individuo solo. Domanda dopo quanto tempo si è verificato il ripristino funzionale.

Riguardo alla comunicazione del Fasiani ricorda che è di pratica ordinaria in chirurgia l'uso degli innesti cutanei omoplastici liberi, dai quali risulta la possibilità d'innesto e di vita dell'epitelio. Tempo indietro ha tentato innesti eteroplastici di pelle in animali in parabiosi, ottenendo la necrosi dei lembi innestati.

ALESSANDRI. — Crede si debbano esprimere vivi ringraziamenti al prof. Morpurgo perchè ha portato i risultati delle sue interessanti esperienze. Egli ha ricordato gli esperimenti dello Zapelloni che ha dimostrato che in animali in parabiosi, mentre si stabiliscono facilmente e rapidamente connessioni connettivali e circolatorie non si hanno invece spontaneamente quelle nervose. Le esperienze del prof. Morpurgo dimostrano che unendo artificialmente grossi nervi fra uno e l'altro animale si ha la neurolizzazione del moncone periferico da parte del moncone centrale dell'altro animale e il ripristino della funzione.

Il collega Fasiani nega la possibilità degli innesti omologhi; egli non è del tutto di questo parere: la trasfusione del sangue ci dimostra che, date certe condizioni, è possibile la vita e la funzione degli elementi trapiantati.

MARAGLIANO. — Si compiace dei risultati del prof. Morpurgo che dimostrano ancora una volta

la possibilità di portare la fibra nervosa a distanza maggiore del normale conservandole la proprietà di reinnervare il muscolo. Essi costituiscono ancora un dato di patologia generale a conforto dei trapianti controlaterali nell'uomo.

MINERVINI. — Fa notare che si è spostata la questione sulla possibilità di sopravvivenza dei tessuti omologhi. A questo riguardo egli fa notare che ha innestato con successo cute di feti morti su difetti di cute.

FASIANI. — Fa notare al prof. Minervini che la affermazione recente di Dawis sulla possibilità dell'attecchimento degli innesti omoplastici della pelle è contraddetta dagli esperimenti sull'animale e dalla prova fatta nell'uomo da Lexer e Schione. Una sola possibilità è risultata dagli esperimenti di Schione: quella del trapianto fra fratelli della stessa nidiata in giovane età e fra feto e madre.

BURCI. — Nella discussione si è ristretto il campo che aveva assegnato alle sue ricerche il professor Morpurgo. Noi dobbiamo vedere in esse, per il loro risultato positivo, un incoraggiamento a tentare con una certa speranza di successo dei trapianti più complessi e più importanti per la conoscenza della vita e delle manifestazioni funzionali della parte trapiantata da altri individui della stessa specie.

MORPURGO. — Ringrazia e replica brevemente.

SERAFINI. — *Enfisema generalizzato da lesione del torace.* — Premesse alcune brevi osservazioni sulla patogenesi dell'affezione, descrive un caso clinico occorsogli, nel quale ha potuto ottenere la guarigione colla pleurotomia praticata nel focolaio di frattura costale. Ritiene che l'incisione sia sempre da praticare in detto punto perchè essa o cade sul polmone aderente o in pneumotorace totale o parziale: in tutti i casi è sufficiente per la terapia. Presenta due fotografie del paziente prima e dopo la cura.

BAVIERA. — Conferma la condotta da seguire in questi casi, riportandone due personali, nei quali fece una pleurotomia. Le condizioni migliorarono con rapidità. Disgraziatamente uno degli infermi morì in seconda giornata per frattura della base del cranio.

MARSIGLIA. — *Empiema cronico per corpo estraneo - Pneumolisi - Guarigione.* — Riferisce di un infermo affetto da 4 anni da empiema cronico destro, consecutivo a pleurite purulenta, nel quale, resecate dalla IV all'VIII costola fu rinvenuto un drenaggio di gomma nel cavo pleurico. Praticata una pneumolisi parziale, l'infermo guarì in tre mesi. Notevoli le alterazioni delle costole: gli spazi intercostali erano annullati, le costole a contatto tra loro e dietro di esse altri due piani scheletrici neoformati per periostite ossificante.

GIANNETTASIO. — *Ematuria grave postuma a pielotomia per calcolosi della pelvi: nefrectomia secondaria.* — Illustra il caso: l'ematuria s'iniziò lieve in 5ª giornata, in 8ª si ebbe ematuria intensa che a intervalli di 2 o 3 giorni si ripetette altre 4 volte anemizzando profondamente l'infermo; comparve febbre a tipo remittente; l'O. fu costretto a praticare la nefrectomia, colla quale fu asportato un rene notevolmente aumentato di volume; sul polo superiore si notava la presenza di due arterie anormali; dall'esame microscopico la diagnosi risulterebbe: pielonefrite e nefrite ascendente, a decorso subdolo e lento, improvvisamente riacutizzatasi in seguito al trauma operatorio.

GIANNANTONI. — Ha praticato due nefrectomie per gravissime emorragie consecutive a pielotomie per calcolosi. Ha dovuto in tutti e due i casi persuadersi che l'emorragia era dovuta a disfacimento renale consecutivo a sepsi. La sepsi fu determinata da pregressa infezione della pelvi renale.

LUSENA. — *Le operazioni mioplastiche nella cura dell'incontinenza d'urina nella donna.* — L'O. riassume le nozioni sulle varie forme cliniche dell'incontinenza congenita e di quella acquisita in rapporto al fattore eziologico.

Riassume quindi le nozioni sui vari principali interventi chirurgici praticati per le diverse forme di incontinenza e si sofferma specialmente sugli interventi mioplastici di Goebell-Stocc e di Franz. Aggiunge un cenno al metodo dermoplastico di Solms.

Indi riferisce la storia clinica di una donna da lui operata per un esteso epitelioma della vulva d'origine clitoridea, per cui dovette asportare un buon centimetro di uretra, procedendo a successive plastiche, servendosi anche di lembi cutanei addominali. Durante il decorso, appena tolta la Pezzer (14ª giornata) si manifestò una completa incontinenza d'urina.

Ricorda a questo punto le ricerche anatomiche di Kalischer e di Zaugenmeister sul cosidetto muscolo trigono-uretrale.

Per ovviare alla grave incontinenza l'O. dopo critica dei vari metodi ed in base ad uno studio anatomico regionale, pensò di procedere ad una nuova mioplastica, servendosi dei muscoli gracili.

Questa è la descrizione sommaria dell'intervento eseguito due mesi e mezzo dopo la precedente operazione:

Incisione longitudinale sulla parete vaginale anteriore, scollamento di due lembi laterali e preparazione dell'uretra fino al collo della vescica. Una Pezzer introdotta in vescica e quindi ritirata fino a che il rigonfiamento si accolli al meato interno, permette di meglio riconoscere l'uretra ed il collo. Lo scollamento continua fino alle branche pubiche. Indi preparazione dei lembi muscolari dei muscoli gracili che si lasciano aderenti al pube. Scollamento verso le branche pubiche fino a fare ampiamente comunicare la breccia vaginale con quelle femorali. Passaggio in vagina, sottocute, dei lembi, che si fissano, ben stirati, sotto il collo vescicale.

La Pezzer fu lasciata 12 giorni. Si ebbe la guarigione chirurgica regolare e la perfetta continenza dell'urina (3-4 ore d'intervallo durante il giorno, maggiore nella notte).

GIORDANO. — Nel caso da lui comunicato all'Ass. Franc. di Chir., esisteva incontinenza vescicale e rettale, per difetto d'innervazione. Perciò si proponeva di praticare, dopo il trapianto mio-nervoso per ricostituire lo sfintere vescicale, qualcosa di simile per lo sfintere anale. Invece bastò la prima operazione ad animare tutto il diaframma uroanale, come diceva il Giannelli. Onde bisogna concludere non risultare dal trapianto la formazione di una semplice cravatta connettiva, ma proprio la formazione di uno sfintere attivo per propria innervazione.

PARLAVECCHIO. — Ricorda il suo metodo semplicissimo dello sfintere artificiale perduto di seta, che dà risultati ottimi, costanti, senza richiedere degenza a letto. Lo crede preferibile alle mioplastiche più o meno indaginose e lesive e ad altri interventi analoghi. Naturalmente questo sfintere non è da impiegarsi se non nei prolassi e nelle incontinenze, mentre non può riuscire efficace nelle perdite di sostanza, operatorie o no, dell'uretra.

BONANOME. — Osserva al prof. Lusena che col procedimento molto più semplice del Marion si guariscono i casi d'incontinenza anche grave. Riporta due casi operati con esito felicissimo.

LUSENA. — Ai colleghi Parlavecchio e Bonanome risponde che tra i numerosi metodi operativi praticati in casi d'incontinenza completa la preferenza deve darsi a quelli mioplastici. Quelli più limitati che si dirigono alla riduzione del calibro uretrale e quelli dell'imbottimento (matélassage di Marion) sono da applicarsi ai casi di incontinenza incompleta, spesso collegata nelle donne vecchie a prolasso della mucosa uretrale.

CACCIA. — *Sulla ectopia testicolare.* — Nella sua qualità di chirurgo militare ha avuto occasione di operarne numerosi casi. Egli adotta un suo metodo che si basa su questi tre principii:

1) fissazione non tra parenchima testicolare e fondo dell'emiscroto, ma tra gli elementi del funicolo e l'emiscroto in modo da esercitare trazione sul funicello, lasciando il testicolo completamente libero;

2) fissazione del testicolo nella borsa mettendo qualche punto nella parete della radice dello scroto;

3) nella ricostruzione delle pareti del canale inguinale gli elementi del funicolo devono essere posti al di sotto del piano profondo, perchè così il tragitto è più corto e quindi più facile la riposizione e la fissazione del testicolo.

Con tale metodo il testicolo, dopo l'intervento, rimane alla radice della borsa, ma dopo un anno o due per lo più prende la posizione normale.

MARAGLIANO. — Ritiene che il miglior mezzo di cura dell'ectopia testicolare sia il metodo Walter, modificato da Ombredanne.

CIMINATA. — *Trapianto muscolare libero nelle ferite nefrotomiche.* — Dopo aver accennato alla frequenza delle emorragie secondarie a nefrotomia e ai varii metodi, per ovviarvi ha pensato di sperimentare per vedere se la sostanza muscolare potesse essere impiegata come tampone riassorbibile. Ha esperimentato su 20 cani. Dal suo lavoro egli conclude che è possibile nei cani trapiantare pezzi di muscolo nel rene e assistere a una guarigione completa e rapida. Il muscolo trapiantato scompare totalmente ed è sostituito da tessuto cicatriziale. Il metodo è applicabile alla clinica, come ha già dimostrato un caso operato dal prof. Joseph che ha tamponato un rene nefrotomizzato prendendo un pezzo di latissimus dorsi, avendo una guarigione per primam.

D'AGATA. — *Amputazione del retto e prostatovesilectomia totale per concomitante processo neoplastico e tubercolare.* — Riferisce il caso clinico che ha particolare interesse non solo pel trattamento, ma anche per il raro reperto anatomo-patologico della coesistenza di lesioni tubercolari e neoplastiche nella prostata. I rapporti tra le produzioni blastomatose e le granulomatosé sono di semplice contiguità, presentandosi i due processi circoscritti e distanziati l'uno dall'altro a mezzo di tessuto connettivo, per lo più iperplasico, variamente infiltrato.

Riferisce brevemente alcune sue esperienze sull'influenza del processo sporotricosico sull'attecchimento e sviluppo dell'adeno-carcinoma nel peritoneo dei topini.

TORRACA. — *Il potere di assorbimento della vaginale nell'idrocele.* — In una serie di osservazioni cliniche e di esperimenti sui cani ha impiegato la Fenol-sulfon-ftaleina per determinare la capacità di assorbimento della tunica vaginale nell'idrocele ed in condizioni normali. Da questi esperimenti è risultato che nell'idrocele il potere di assorbimento della vaginale, quando non è completamente abolito, è sempre ritardato e parziale. Questo dimostra che nell'idrocele gli elementi della sierosa sono sempre funzionalmente alterati; ed il fatto è tanto più interessante in quanto che è noto che in molti casi di idrocele le alterazioni anatomiche appariscono, anche all'esame microscopico, estremamente lievi.

FALCONE. — *Di un raro caso di cisti dell'ovaio.* — Presenta un pezzo costituito da una cisti dell'ovaio, grande quanto una testa di feto, con parete completamente pietrificata. All'esame istologico era costituito da tessuto fibroso infiltrato da sali calcarei; qua e là si notavano mucchi di elementi parvocellulari e larghi spazi vascolari. In alcuni punti molto circoscritti si poterono osservare dei centri di ossificazione. Mette in luce la importanza del reperto dal punto di vista clinico e anatomo-patologico.

CRESCENZI. — *Epididimiti e orchiti croniche non specifiche.* — L'O. riferisce su 5 casi osservati nella Clin. Chir. di Firenze, nei quali si potè in modo assoluto escludere la gonorrea, la tubercolosi e la sifilide; in un caso si potè coltivare lo stafilococco dalle urine, in un altro lo stafilococco non solo dalle urine, ma anche dall'epididimo. L'O. non reputando sempre possibile anche colle indagini

cliniche più minute giungere ad una certezza diagnostica, crede che l'accertamento diagnostico di germi colla puntura esplorativa dell'epididimo e le incisioni bioplastiche possano essere molto spesso gli unici elementi di diagnosi esatta. Considerando che i casi di errore diagnostico in specie colla forma tubercolare non sono eccezionali crede si debbano rigettare i metodi operatori che interrompono in primo tempo gli elementi del funicolo nel tragitto inguinale, togliendoci la possibilità di risparmiare un organo o parte di esso sui risultati di un esame «de visu».

ÇAVINA C. — *Trapianti ossei sulla mandibola.* — L'Oratore dopo avere premesso alcune nozioni generali sulla osteoplastica nella mandibola, riferisce i risultati della propria esperienza. In 7 trapianti, operati nell'Istituto Clinico per le Malattie della bocca in Bologna, egli ha ottenuto 6 successi e 1 solo insuccesso. In 1 caso trattavasi di pseudoartrosi bassa, negli altri 6 esistevano perdite di sostanza della estensione variabile da cm. 3 e mezzo a cm. 5; tutte conseguenti a ferite di guerra. Di essi un caso è stato operato con trapianto a peduncolo periosteo-muscolare alla Krause-Pichler in parte modificato, con esito anatomico e funzionale perfetto. Negli altri 6 casi è stato praticato il trapianto libero, sempre autoplastico, rigido segmentario, con stecche ossee prelevate dalla tibia (in 2 casi) e dalla cresta dell'ileo (in 4 casi). Per la fissazione del trapianto è stato impiegato il metodo ad intarsio alla Putti-Albee, rinforzando l'unione della stecca ossea ai frammenti della mandibola mediante sutura tutto intorno del periostio del trapianto al periostio mascellare. La immobilizzazione dei frammenti è stata assicurata con apparecchi di contenzione intermascellare («blocco» delle mascelle) nei primi mesi e successivamente con apparecchi monomascellari sino a completa consolidazione del trapianto. Dei 6 casi di osteoplastica libera 5 hanno avuto esito perfetto: in uno soltanto per decubito causato dall'apparecchio endo-orale di contenzione si è avuto sequestrazione del trapianto.

Tali operazioni datano tutte da un periodo abbastanza lungo di tempo — 28 mesi la più antica, 16 la più recente — per giudicare degli esiti, che l'esame clinico e l'indagine radiologica dimostrano tuttora ottimi.

SORRENTINO. — *Ernia cerebrale traumatica.* — Egli ne ha osservati 32 casi nell'Ospedale dei Pellegrini. Sono interessanti due casi verificatisi a dura integra. Discute la genesi di queste ernie e la cura; nei suoi casi ha avuto:

in 10 guarigione colla sola asepsi rigorosa e la compressione;

in 5 guarigione per necrobiosi del prolasso cerebrale;

in 2 guarigione malgrado un ascesso che restò limitato all'ernia;

nei 15 rimanenti si ebbe morte per meningoencefalite diffusa o per ascessi multipli cerebrali.

FICHERA. — *Rapporti tra milza e ghiandole sessuali.*

23 ottobre - mattina.

SOLARI. — *Cura delle fratture del mascellare inferiore.* — Riferisce un caso clinico occorsogli, col quale egli crede dimostrato:

1) l'utilità della cura precoce del focolaio di frattura;

2) la necessità del ristabilimento immediato dell'equilibrio statico e dinamico dei frammenti mandibolari in vista di una spontanea rigenerazione ossea nei casi di perdita di sostanza o di un trapianto osseo a distanza;

3) l'opportunità della riparazione in primo tempo o a distanza dei tegumenti, tanto a scopo estetico, quanto come preparazione del miglior letto per il futuro trapianto.

BERTOCCHI. — *Conformazione interna del condilo femorale esterno, in rapporto con determinate fratture endosinoviali.* — Prendendo punto di partenza da un caso di frattura parcellare del condilo femorale esterno osservato, ha studiato secondo le tre direzioni: sagittale, frontale e trasversale, la disposizione delle così dette «lamine di forza» del condilo esterno. Ha trovato che esse, in corrispondenza della porzione del condilo esterno situata sotto il solco d'inserzione del muscolo popliteo, si comportano in modo tale che esiste un prisma triangolare che una forza agente dal basso in alto e dallo interno all'esterno può staccare. Così si può spiegare la formazione di certi corpi liberi di origine traumatica.

PALMA. — *Sulla terapia dei sarcomi mieloidi delle ossa lunghe con lo svuotamento.* — Comunica un caso di sarcoma a mieloplassi dell'epifisi inferiore della tibia destra curato con questo metodo. Risultato anatomico e funzionale ottimo. Sulla scorta di una ricca statistica l'O. dà le ragioni per cui il metodo dello svuotamento è da preferirsi alle resezioni seguite da innesto. Espone la tecnica dello svuotamento e lo raccomanda a preferenza degli altri interventi economici.

BATTAGLIA. — Domanda se il Palma abbia fatto o no l'esame del sangue, giacchè nei tumori rapidi e maligni del midollo delle ossa circolano nel sangue elementi speciali.

PALMA. — Risponde che detto esame non è stato fatto.

SEGALE. — *Modificazioni della pressione del liquido cefalo-rachidiano nei traumi cranio encefalici.* — Ha fatto ricerche su 14 casi, dei quali 11 fratture della base o della volta irradiate alla base, 2 commozioni cerebrali con sospetto di frattura e un ematoma epidurale. Dai reperti ottenuti conclude:

Nei casi di fratture della base o della volta irradiate alla base con sindromi gravi si osservano spesso modificazioni della pressione del l. c. r. anche senza che coesistano complicanze infettive; nei casi lievi la pressione rimane nei limiti normali. Le oscillazioni rimangono comprese entro limiti definiti, così da potersi distinguere: pressioni normali, iper ed ipopressioni. L'aumento di

pressione non sembra il fattore della gravità della sindrome. La pressione può aumentare per la reazione meningea. L'abbassamento di pressione può dipendere da perdita di l. c. r. Nei casi di ematoma epidurale si può avere una forte iperpressione e l. c. r. limpido. Nelle fratture da lui osservate si è sempre riscontrata presenza di sangue nel l. c. r. Nel riguardo del valore decompressivo della puntura lombare, deve rilevare che esso è transitorio (1/2-3/4 d'ora).

FRANCINI. — Osserva che molto spesso nei traumi del cranio non esiste iperpressione del l. c. r. Anche in questi casi la rachicentesi ripetuta è utile forse per il drenaggio e per lo stimolo secretivo sui plessi coroidei che determina una lavanda del cavo meningeo. Conferma l'importanza diagnostica dell'iperpressione con liquido limpido nell'ematoma epidurale.

BAVIERA. — Domanda qual'è il comportamento della pressione del l. c. r. in caso di frattura della base con fuoriuscita di liquor.

SIMEONI. — *Sopra un caso di afasia motoria consecutiva a lesione del piede della terza circonvoluzione frontale sin.* — Si tratta di un ragazzo di 11 anni ferito da colpo di martello alla reg. temporo-parietale sin., per cui si ebbe perdita della favella. Operato, cominciò a riparlare dopo 15 giorni. L'O. pensa, dato il rapido ritorno della favella, che il lobulo di Broca non sia stato leso dalla azione diretta del trauma, ma influenzato per diaschisi da compressione a distanza di schegge ossee o di piccoli stravasi sanguigni della zona limitrofa del cervello. Difatto, nel caso in specie, il lobulo di Broca era pressochè escluso dalla zona traumatizzata. Ritiene il caso sia ancora una prova di più per ammettere la localizzazione dell'afasia pura motoria sul lobulo di Broca.

MARAGLIANO. — *Impianti nervosi in capsule surrenali.* — L'O. ha studiato come si comportino capsule surrenali estirpate e reinnestate quando in esse s'impiantino nervi simpatici o nervi spinali. Lo scopo delle ricerche fu di osservare se tale impianto possa modificare i processi di degenerazione costantemente osservati negli innesti liberi delle capsule stesse.

Riferisce i seguenti risultati ottenuti dall'impianto:

1) il nervo innestato nella capsula estirpata e reinnestata aderisce mediante connettivo di neoformazione al parenchima. Le fibre nervose neoformate penetrano in questo connettivo, ma si arrestano costantemente arrivate a contatto del tessuto ghiandolare. Nemmeno dopo 3 mesi si osservano neofibrille nello scarso residuo ghiandolare;

2) impiantando nervi simpatici o misti nella capsula surrenale lasciata in situ, in normale connessione, cioè, colla sua nutrizione sanguigna, non si osservano mai neofibrille penetrare nel tessuto ghiandolare;

3) il tessuto ghiandolare non è suscettibile di essere neurolizzato da fibre nervose neoformate;

4) l'impianto di nervi simpatici o misti su capsule estirpate e reinnestate non modifica i processi di degenerazione cellulare che si osservano nei comuni innesti liberi delle ghiandole stesse.

GIORDANO. — Dice che da 15 anni vive modestamente in Italia una Società di Storia della Medicina: modestamente e con sacrificio dei soci e specialmente del Presidente prof. Barduzzi. Ora occorre che nella patria degli studi storici medici la nostra Società viva di vita più intensa; invita perciò a iscriversi numerosi a questa Società perchè possa vivere e il suo Bollettino possa uscire regolarmente e utilmente per gli studi patrii.

Seduta pomeridiana del 23 ottobre.

CHIASSERINI. — *Ulcera semplice del digiuno (non postoperativa).* — L'O. riferisce un caso di perforazione di ulcera del digiuno (a circa 1 m. dal Treitz). Si trattava di un'ulcera, che presentava i caratteri macroscopici e istologici di un'ulcera callosa dello stomaco. L'O. senza intrattenersi sulla patogenesi, poichè non potrebbe che fare ipotesi, richiama l'attenzione sulla possibilità della insorgenza di peritoniti acute da perforazioni di ulcere semplici del digiuno-ileo, e quindi sulla necessità di esplorare questo tratto. Nei casi, come l'attuale, potrebbe essere indicata, anzichè la sutura con affondamento, la resezione intestinale; e ciò per evitare possibilità di stenosi.

D'AGOSTINO. — *Su tre casi di asportazione di stomaco.* — Nel 1° caso si trattava di un tumore infiammatorio, dovuto ad una pregressa ed antica ulcera della parete anteriore dello stomaco in prossimità del cardias, perforatasi e che aveva preso aderenze col peritoneo parietale e con le masse muscolari. Il tumore aveva ridotto in una massa dura quasi tutto lo stomaco. L'ammalata guarì.

Il 2° caso fu operato per carcinoma pilorico. L'inferma uscì dall'ospedale, ma con segni di metastasi e versamento peritoneale.

Il 3° caso fu operato per carcinoma piloro-duodenale. Fu fatta asportazione dello stomaco con un tratto del duodeno: morte in 20ª giornata.

L'O. dà anche la sua spiegazione sul meccanismo di produzione delle sacche che sono state notate formarsi al di sopra all'anastomosi anche quando essa vien fatta direttamente all'esofago. Questo perchè sempre nel punto di anastomosi risulta una struttura dove il contenuto deve necessariamente far remora, remora aumentata anche per la diversità anatomica degli organi che hanno movimenti peristaltici diversi: nell'esofago la progressione è rapida; nell'intestino più lenta.

SOLIERI. — *Deformità congenite ed acquisite della plica ileo-ceco-appendicolare causa di stenosi ileo-cecale di posizione.* — L'O. mette in evidenza come dalle aderenze intestinali atipiche si debba individualizzare un altro tipo speciale di stenosi

ileo-cecale dovut ad accolamento al cieco dell'ultimo tratto dell'ileo con rotazione dell'asse di questo in basso e all'esterno. Tale vizio di posizione dell'ileo è dovuto o a brevità e deformità congenita della plica ileo-ceco-appendicolare, oppure a retrazione flogistica (appendicite) o cicatriziale (appendicectomia) della plica suddetta. L'O. ne illustra un caso congenito e due in appendicectomizzati, nei quali crede sia stata presa nei lacci del mesenteriolo la plica ileo-ceco-appendicolare; perciò si deve stare attenti nell'appendicectomia a resecare il mesenteriolo indipendentemente dalla plica.

CROSTI. — Crede possa trattarsi nei casi descritti dal Solieri di raggrinzamento di natura infiammatoria cronico di una membrana ileo-cecale di Lane.

DE GAETANO. — Condivide l'opinione del collega Solieri per il caso della forma congenita. Egli comunicò all'Accademia Medico-Chirurgica di Napoli e pubblicò nella «Riforma Medica» i risultati delle numerose ricerche fatte nei feti, in molti dei quali riscontrò la membrana di Jackson. Questa membrana egli mette in relazione collo sviluppo embriologico dell'intestino grasso e con la lamina prerenale di Todt.

Da queste forme congenite si debbono distinguere quelle di origine infiammatoria.

SOLIERI. — Insiste sulla distinzione che si deve fare tra membrana peri-ceco-appendicolare o plica di Lane e la disposizione anatomo-patologica da lui individualizzata e descritta. Ed afferma che essa è tipica e va riferita a retrazione della plica ileo-ceco-appendicolare, retrazione che in qualche caso può essere congenita, in qualche altro acquisita.

CASCINO. — *La resezione ileo-ceco-colica.* — Ha avuto l'occasione di praticarne tre casi, in due per invaginazione con ulcerazione del ceco; in uno per carcinoma del cieco; ha avuto un insuccesso e due guarigioni. L'insuccesso si è verificato nel caso in cui ha praticato l'anastomosi termino-terminale; la guarigione in quelli nei quali ha praticato l'anastomosi latero-laterale in senso isoperistaltico. In linea generale egli ritiene sia da preferirsi l'anastomosi latero-laterale in senso isoperistaltico, che riproduce meglio l'ortomorfismo e che sia consigliabile nell'eseguirla lasciare possibilmente molto lunghi i due moncherini chiusi, così che il colon venga quasi a costituire un nuovo ceco e l'ileo possa ricadere su sè stesso comprimendo quasi la bocca anastomotica e formando una specie di valvola.

BAVIERA. — È perfettamente d'accordo col Cascino che l'anastomosi latero-laterale sia sempre da preferirsi. Non comprende e vorrebbe spiegato come il cul di sacco dell'ileo possa funzionare da valvola senza produrre stenosi od occlusione. In quanto al cul di sacco del colon fa osservare che non si può parlare di supplenza funzionale del ceco in quanto che questo ha una funzione specifica, dovuta alle sue glandole che il colon non possiede.

CASCINO. — Risponde al collega Baviera che certo non intende di aver riprodotto un ceco; ha chiuso il colon e l'ha lasciato pendente come un ceco. Il buon esito fa pensare che il moncone colico per adattamento avrà poi funzionato da ceco. In riguardo alla valvola formata dall'ileo non si tratta di una vera valvola, ma di un tratto del tenue che poggia, magari transitoriamente, sull'anastomosi e funziona quasi da valvola.

MATRONOLA. — *Cisti gassose dell'intestino.* — Ne riferisce due casi, mettendo in evidenza i varî sintomi clinici, tra i quali insiste sul reperto radioscopico, e il decorso. Ritiene la malattia non autonoma, ma dipendente da altre affezioni gastro-intestinali e nei riguardi della patogenesi pensa la teoria infettiva sia forse quella che abbia più ragioni di attendibilità.

FICHERA. — Riferisce un suo caso, nel quale all'esame microscopico si trovò un reperto di aggruppamenti epiteliali dall'O. interpretati come epiteli respiratori primitivi. Non crede sia accettabile la teoria infiammatoria e pensa l'affezione sia dovuta ad alterata funzione respiratoria dei tessuti.

CHIASSERINI. — Ricorda di aver letto un caso in cui la pneumatosi era limitata al ceco e si trovò un'ulcerazione del ceco. Il caso potrebbe far pensare alla teoria meccanica.

PARLAVECCHIO. — *Risultati prossimi e remoti del mio metodo di isteropessi e di cisto-isteropessi.* — Anche questo metodo è basato sulla imitazione dell'ortotesi naturale e sul rispetto massimo della libertà funzionale. L'O. si propone col suo metodo di rinforzare il legamento sacro-retto-genito-pubico e questo mediante un robusto legamento artificiale prelevato dalla linea alba, con base fissa al pube e apice fissato al fondo dell'escavazione utero-vescicale. Se coesiste cistocele vaginale si incide il peritoneo della parte più bassa dello sfondato utero-vescicale, si scolla col dito la vescica dall'istmo e dalla parete vaginale anteriore e si tira in alto la vescica fino a scomparsa del cistocele e il legamento artificiale s'insinua fino al fondo dello scollamento, dove si sutura alla muscolare della vescica, prima che alla parete uterina anteriore.

Riferisce i risultati felici di 50 suoi interventi e di altri di altri chirurghi. Naturalmente, quando occorre, non manca anche di curare le lacerazioni perineali e le affezioni annessiali.

Seduta antimeridiana del 24 ottobre.

CALABRESE. — *Studio clinico e anatomo-patologico di un voluminoso tumore della parotide.* — Si tratta di una donna di 57 anni; il tumore datava da 14 anni, andò crescendo lentamente fino al 10° anno; negli ultimi 4 anni il decorso fu più rapido e dette prima paresi, poi paralisi del faciale, dolenzia alla palpebra superiore, ronzio all'o-

recchio e difficoltà alla deglutizione. Fatta diagnosi di tumore misto l'inferma fu operata e guarì. Il caso è importante per il volume: il tumore asportato pesava kg. 2.850, peso eccezionale ai giorni nostri. Interessante è anche la paralisi del faciale che in genere è segno di tumore maligno; in questo caso il nervo era semplicemente stirato dalla massa neoplastica e migliorò dopo l'operazione.

Riferisce sommariamente l'esame istologico e pensa che l'origine nel suo caso possa essere spiegato colla teoria di Wilms che fa derivare la parte parenchimale da germi ectodermici che si staccherebbero in un periodo fetale nel quale l'ectoderma buccale non è ancora differenziato in epidermide e mucosa buccale e lo stroma da un germe mesenchimale.

Battaglia. — I tumori misti della parotide fanno fortemente pensare ai germi branchiali. Egli ne operò molti anni fa uno di ½ kg. con paresi del faciale, che scomparve dopo l'operazione. Ricorda, però, che in questi tumori si possono avere a lunga scadenza metastasi nei polmoni, che portano a morte gl'infermi per pulmonite neoplastica.

Monti. — *Ricerche istologiche su di un caso di pancreatite emorragica.* — Riferisce il caso clinico che ebbe un decorso acuto (due giorni) e portò a morte l'inferma. Dal lato della sintomatologia mancò il quadro doloroso classico e l'assenza di ogni reperto obiettivo a sede epigastrica. L'esame istologico mostrò una pancreatite cronica, che aveva avuto un decorso muto che precedette i fenomeni di apoplessia. Questo fa pensare che la cosiddetta pancreatite emorragica rappresenti la conclusione di una sofferenza pancreatica a lungo decorso.

Miani. — *Modificazioni del tempo di velocità di sedimentazione dei globuli rossi nei casi di tumore maligno.* — Si è visto in genere che questo tempo aumenta nei varî tumori, specialmente in quelli maligni e subisce modificazioni dopo l'intervento chirurgico, tendendo a ritornare alla norma.

In neoplasie gastriche nelle quali fu praticata solo la gastroenterostomia colla migliore nutrizione si modificava beneficamente il numero e il valore dei globuli rossi, ma rimaneva invece invariato o diminuiva minimamente il tempo di sedimentazione.

Calandra. — *La simpaticectomia vasale nella gangrena presenile.* — Ne ha osservato quattro casi; in uno già amputato di un arto inf. e di uno superiore si è iniziata, dopo circa un anno gangrena alla mano destra con forti dolori; egli allora ha praticato la simpaticectomia dell'arteria omerale alla piega del gomito: il dolore è scomparso e la gangrena non ha più progredito. Il trattamento di un solo caso non autorizza ad una conclusione; però può far pensare che alcuni casi di gangrena presenile sieno da riferirsi principalmente a fenomeni spastici abnormi di natura vasomotoria e che in qualche caso, all'inizio, sia da tentare questa cura.

Battaglia. — Nei riguardi delle gangrene presenili raccomanda ai colleghi di ricordare l'endoartrite sifilitica, che è molto più comune di quello che non si creda. In parecchi casi diagnosticati non sifilitici per le ricerche sierologiche ha visto cessare la gangrena dopo la cura antiluetica e nei pezzi amputati ha rilevato sempre la tipica endoarterite sifilitica.

Gamberini. — *Su alcuni casi di perforazione di ulcere piloro-duodenali.* — L'O. ha operato di recente tre casi di perforazione acuta in un mese. Dall'esame di essi fa alcune considerazioni: in tutti e tre prevale una sintomatologia soggettiva ed oggettiva appendicolare, che assume il preciso valore diagnostico di versamento peritoneale libero a conferma della lesione primitiva duodenale, che risulta dagli altri dati di studio del malato. Nell'incertezza si deve fare un'incisione iliaca d. esplorativa che sarà utile poi per il dregnaggio. Circa la maniera dell'intervento ritiene esagerato il giudizio di Dural quando afferma che la resezione dell'ulcera sia il trattamento non solo di elezione, ma da seguire sistematicamente. Durante l'operazione, secondo l'A. ci si potrà formare un concetto della possibilità di guarigione con semplice sutura o con trattamento radicale.

Aggiunge alcune osservazioni sull'opportunità della gastroenterostomia complementare e del drenaggio.

Conclude che i buoni risultati sono legati al pronto intervento: nelle prime 12 h. la resezione stessa rivaleggia col metodo conservatore.

Latteri. — *Timo e cloroformio.* — Ha fatto ricerche sperimentali allo scopo di vedere se il timo esplichi veramente un'azione propria nel corso dell'anestesia cloroformica. Per risolvere tale questione ha asportato il timo in 12 cavie per vedere se si rendessero più resistenti al narcotico e le ha sottoposte a narcosi a intervalli di tempo da 2 g. a un mese. Dalle esperienze sue egli conclude che la stimizzazione non influenza per nulla il corso della cloronarcosi e che, indipendentemente dal timo, vi debba essere una resistenza individuale alla narcosi cloroformica.

In una seconda serie di esperienze ha ricercato quali alterazioni determini la narcosi nel timo ed ha trovato che esse variano dal semplice rigonfiamento degli elementi del reticolo ad un'atrofia di altissimo grado delle ghiandole, caratterizzata soprattutto dalla quasi completa scomparsa della corticale e da evidenti e gravi alterazioni a carico dei corpuscoli di Hassal.

Calandra. — Si compiace col Latteri. Il fatto che il timo in un primo tempo non influisca sulla morte da cloroformio conferma indirettamente un lavoro dell'O. nel quale si dimostra che l'azione della morte da cloroformio è dovuta ad alterazione funzionale del fegato prima dell'operazione e che il cloroformio agisce in modo da togliere

l'ossigeno necessario per la trasformazione degli acidi grassi, determinando il completo disquilibrio funzionale del fegato e la presenza in circolo degli acidi grassi.

Latteri. — Ringrazia dell'importante contributo apportato alla questione dal prof. Calandra, il cui lavoro era già da lui conosciuto e studiato.

Cavina. — *Ricerche sperimentali sull'esclusione del piloro.* — L'O. riferisce brevemente di alcune esperienze eseguite con un metodo speciale di esclusione pilorica, consistente nell'escidere dalla faccia anteriore della regione pilorica e prepilorica un lembo ovalare od elittico siero-muscolare a grande asse longitudinale e nel suturare quindi i bordi residui della ferita con punti alla Lembert. Tale processo di plastica extra-mucosa applicato ai cani dà luogo in primo tempo ad una occlusione del piloro che può essere considerata funzionalmente completa; successivamente ad una stenosi parziale permanente. Ritiene il metodo possa in chirurgia mostrarsi più efficace del semplice affardellamento del piloro, di cui può essere considerato una derivazione.

Rossi F. — *Contributo alla chirurgia dell'ulcera gastrica duodenale.* — Riferisce su 30 operazioni per ulcere dello stomaco e del duodeno eseguite in momenti diversi dell'evoluzione della malattia. Fa varie considerazioni in rapporto alla sintomatologia, al decorso, alla cura ed illustra i casi più importanti.

Oliani. — *Considerazioni su oltre 250 interventi personali per ulcera duodenale.* — Si tratta di 116 gastroenterostomie, di cui 49 con esclusione pilorica, 55 resezioni e 67 interventi. Di tutti questi 74 potettero essere controllati.

Crede che nelle stenosi piloriche sia sufficiente la gastroenterostomia posteriore; nelle ulcere della piccola curvatura Billroth I o II oppure Mayo-Balfour, magari con gastroenterostomia, perchè la resezione circolare limitata non preserva dalle recidive.

Per le ulcere duodenali, visto il grave pericolo dell'ulcera peptica, sarà da bandire assolutamente l'esclusione pilorica con qualunque metodo, è da preferirsi la resezione duodeno-pilorica (Billroth); quando ciò non sarà possibile la gastroenterostomia semplice o unita all'esclusione di tutto l'antro.

Cavina. — Chiede all'O. dove e in quale periodo di tempo ha osservato l'enorme materiale clinico, di cui ha riferito nella sua comunicazione.

Gamberini. — Fa obbiezione alla soverchia generalizzazione della resezione nelle perforazioni duodenali.

Cappelli. — *Sull'ulcera duodenale.* — Si limita a considerazioni d'indole pratica, desunti dalla sua esperienza personale. Ha eseguito più di 500 gastroenterostomie per varie indicazioni (eccezionalmente per cancro); in 200 non ha fatto esclusione pilorica, nelle altre 300 ha fatto quasi sempre l'esclusione alla Parlavecchio, nei casi a piloro pervio. Ha osservato due casi di ulcera peptica, sicuramente costatati.

Descrive il metodo seguito nel praticare la gastro-enterostomia. È favorevole alla resezione duodeno-gastrica nei casi non controindicati da difficoltà tecniche. In ogni modo, riguardo alla scelta del metodo operativo si attiene al criterio del caso per caso: eccezionalmente e con indicazione precisa pratica anche l'escissione o l'affondamento in combinazione quasi sempre colla gastroenterostomia.

Bastianelli P. — È perfettamente d'accordo col prof. Cappelli perchè tratta l'ulcera duodenale cronica colla gastroenterostomia posteriore e coll'esclusione. Nella sua pratica di circa 520 casi di chirurgia gastrica ha avuto 2 casi di ulcere peptiche nei primi anni quando non escludeva. Di ulcere duodenali ne ha avute solo 14 casi a forma cronica, 3 perforate con 1 morto. Nei 14 casi nè morti, nè recidive. L'esclusione l'ha fatta sempre alla Von Eisebberg o alla Parlavecchio.

Baggio. — Precisa che le ulcere peptiche del digiuno che ottenne con gli esperimenti di esclusione piloro-antrale ai quali accennò nella discussione sulla relazione dell'ulcera duodenale egli le mette in relazione patogenetica coll'avere escluso e piloro e antro, senza entrare minimamente nella questione dell'influenza che in questo risultato possa avere il solo fatto della interruzione del piloro.

Troiano. — Fa rilevare che ci sono dei casi in cui l'esclusione pilorica è un complemento necessario dell'intervento praticato per l'ulcera duodenale cioè quando, non potendosi eseguire la resezione del duodeno od altro atto operativo diretto sul focolaio ulceroso, ci troviamo nella necessità d'impedire in modo assoluto il passaggio del contenuto gastrico attraverso il piloro onde sottrarre l'ulcera al trauma da esso esercitato. Così ha egli fatto nel luglio scorso in un uomo affetto da ulcera duodenale con emorragia e gravi condizioni di anemia generale, dopo una ventina di giorni di cure appropriate. — Riguardo a quanto hanno riferito Anzilotti e Donati ha anch'egli osservato nel suo caso una estesa mesenterite trasversa che ostacolò non poco l'atto operativo.

Bastianelli P. — *La resezione dell'ulcera gastrica.* — Riferisce su 28 casi da lui operati, con un solo morto. Egli è da anni un resezionista, ma con moderazione. Come sintesi del suo esposto egli ritiene che l'ulcera recente, essendo limitata alla mucosa, siccome può cicatrizzare, deve essere curata coi mezzi medici; l'ulcera rotonda in attività da tempo o quella cronica resistente alle cure mediche e tanto più se recidiva deve essere sottoposta al chirurgo.

Non si deve essere resezionisti ad oltranza e cioè correre sempre alla subtotale nel trattamento dell'ulcera, ma adattare e impiegare l'escissione, la resezione segmentaria e subtotale secondo i

casi. Certo la gastroenterostomia non può possedere il valore curativo della resezione in genere e specie per le ulcere della piccola curvatura.

Crosti. — *Sull'immunoterapia nelle affezioni chirurgiche settiche.* — Le sostanze che possono neutralizzare nel sangue la virulenza dei tossici infettivi appartengono a due gruppi: agenti chemoterapici e agenti immunitari.

Gli immunitari sono: i vaccini, i sieri, le proteine, le stomosine. Analizza il modo di azione di ciascuno, per fermarsi specialmente sulle stomosine che, secondo il Centanni, funzionano come attivatori dei fermenti dell'organismo. Egli se ne è servito nella pratica e raccomanda agli eminenti colleghi l'uso preventivo e curativo della stomoterapia, almeno in via di esperimento, precisamente: nelle forme cutaneo-cellulari, ferite, ascessi, eresipela, infezioni con tendenza diffusiva: peritoneo, pleura, articolazioni; o come apprestamento ad atti operativi in forme ulcerose dell'apparato digerente, colecistiti, appendiciti, in molte forme settiche dell'apparato genito-urinario, ecc.

Centanni. — Egli crede doveroso dire quali sono stati i progressi dei suoi studi, attenendosi alla parte dottrinaria e sperimentale della questione. Dice quali sono le proprietà che deve possedere un preparato immunitario per rispondere alle esigenze della chirurgia e a dimostrazione dell'efficacia delle stomosine cita un'esperienza fatta su conigli: praticata una ferita asportando un pezzo di cute del dorso all'animale si fa una iniezione di stomosina a un coniglio e la stessa ferita si fa ad un altro senza praticare l'iniezione. A tutti e due si fanno cadere sulla ferita gocce di sangue di animale in preda a setticemia per culture di piogene esaltate. Orbene, nell'animale che ha avuto l'iniezione non sopravvengono fatti flogistici che si presentano nell'altro, e la guarigione si abbrevia di quasi la metà del tempo e la cicatrice è stretta e sottile, mentre nell'altro animale è più larga e più scolorita.

Confida che l'esperimento esposto, facile ad ognuno a ripetere, valga a incitare i colleghi a proseguire le prove e ad accettarne con fede i risultati.

Bianchery. — Ha praticato l'iniezione di stomosine Centanni sistematicamente in casi di chirurgia traumatica d'urgenza facendola precedere alla toeletta meccanica della ferita. Nei casi in cui la suppurazione si è impiantata, il decorso è stato virulento, ma parve durare meno a lungo di quanto potevasi prevedere dall'esordio. In altri casi di ferite meno anfrattuose si è avuta guarigione per prima.

Brancati. — *Sulla patogenesi della morte per ustione.* — Diverse teorie sono state emesse per spiegare questa patogenesi, fra cui di recente quella anafilattica. Ha fatto esperienze producendo ustioni uniche o ripetute della cute col termocauterio, ottenendo la morte degli animali in poche ore e in diversi giorni. Alla sezione riscontrava iperemie, congestioni, liquido endoperitoneale e spesso un reperto caratteristico nel parenchima degli organi, che l'O. crede dovuto ad alterazioni del reticolo endoteliale, mentre gli elementi proprî dell'organo non presentano alterazione di sorta.

Ha iniettato in cavie e in conigli il sangue defibrinato di animali ustionati e fatta la ricerca della deviazione del complemento, questa è stata negativa, come lo è stata in animali nei quali aveva iniettato un antigene preparato con estratti di organi di animale ustionato.

Iniettando nella cavità peritoneale o sotto cute estratto di fegato di ustionato ha avuto la morte con ripetizione dei segni della morte per ustione con una esagerazione del quadro clinico e anatomo-patologico. Richiamando i segni clinici il quadro dello choc anafilattico ha disposto le esperienze nel modo classico con l'iniezione sensibilizzante e la scatenante. In tal modo ha avuto la determinazione di un ictus caratteristico e la ripetizione delle alterazioni prima notate. Studiando, infine, il fenomeno anafilattico per mezzo del siero eterogeneo ha ottenuto le stesse lesioni anatomopatologiche ottenute nelle ustioni.

Da tutto ciò egli crede poter asserire due fatti: che la patogenesi della morte da ustioni risiede in un fenomeno di anafilassi e che il fenomeno anafilattico poggia su alterazioni anatomiche. La proteina alterata o eterogenea messa in circolo e portata in contatto con speciali elementi del sistema reticolo endoteliale vi provoca una lisi contribuendo, inoltre, alla formazione dell'aspetto caratteristico della lesione gli elementi del plasma sanguigno e la sostanza stessa. Si avrebbe così una necrobiosi specifica, elettiva del sistema reticolo endoteliale, che ha tanta importanza.

Delfino. — *Valori fisico-chimici del sangue di animali scottati.* — Ha sperimentato in 12 cani, che scottava con acqua a 100°. Di questi: quattro sopravvissero, 8 morirono fra le 3 e le 18 ore.

Come risultato ha ottenuto: concentrazione di cristalloidi aumentata, viscosità, stalgmometria, indice di rifrazione aumentati, concentrazione joni aumentata notevolmente, conducibilità invariata.

Non crede questi fatti sieno dovuti ad un ispessimento semplice massivo del sangue, data la minima variazione della conducibilità elettrica, pensa piuttosto sieno da mettere in rapporto con un aumento di prodotti di disintegrazione dei proteici, alcuni a reazione acida, altri ad attività osmotica cospicua, altri ad alto indice di refrazione.

Battaglia. — *Microrganismi isolati da lesioni tubercolari naturali e sperimentali.* — Si è occupato da molti anni di queste ricerche e si permette di dire alcune conclusioni:

1) tanto nelle lesioni tubercolari chiuse che nelle aperte nell'uomo e negli animali il bacillo della tubercolosi è associato a diversi schizomiceti, blastomiceti ed ifomiceti;

2) clinicamente si deve distinguere la tubercolosi chiusa da quella aperta, ma anatomopato-

logicamente ogni lesione tubercolare trovasi in comunicazione diretta coll'ambiente di tutti i tessuti mediante la corrente linfatica e sanguigna;

3) le lesioni clinicamente aperte sono più ricche di microrganismi, tanto funghi superiori che inferiori;

4) quasi costantemente assieme al b. tubercolare si trovano schizomiceti Gram resistenti;

5) non sempre il b. tubercolare presenta i caratteri dello stesso tipo e la stessa reazione colorante, per cui non si può oggi nettamente classificare;

6) non sempre il b. tubercolare è alcool-acido resistente;

7) nelle lesioni che presentano indiscussi caratteri clinici, istologici e biologici non sempre si ritrovano b. alcool-acido resistenti e le culture e inoculazioni dànno risultato positivo.

8) non sempre le forme cocciche alcool-acido resistenti che si trovano nei prodotti di degenerazione e liquidi di lesioni tubercolari sono parti di bacilli;

9) in tutte le caverne di tutti i tessuti si trovano sistemi di funghi superiori o di ife.

Nicastro. — *Azione della corrente elettrica sui comuni piogeni e sulle ferite infette degli animali di esperimento.* — Ha fatto esperienze con una corrente continua di 0,105 ampère con elettrodi di carbone, ha fatto prove culturali ed in animali. Ha visto che questa corrente è capace di annullare il potere patogeno dei germi contenuti nel pus di affezioni acute, questo effetto si ha più rapido aggiungendo cloruro di sodio e in vicinanza degli elettrodi. La corrente usata su ferite infette da poche ore ne evita la suppurazione, abbrevia la suppurazione in quelle ove si è già costituita, e questo in gran parte per la considerevole leucocitosi che la corrente determina nelle lesioni di continuo.

Dentici. — *Morfologia e morfogenesi del sistema vascolare sanguigno nei tumori da innesto.* — Ha sperimentato adoperando un adenocarcinoma di topino e conclude che la produzione neoplastica si allontana dalla proliferazione normale o da quella integrativa perchè manca una regolare distribuzione di canali afferenti ed efferenti, con eccessiva neoformazione di vasi capillari nei primi stadî dello sviluppo e graduale diminuzione negli stadî successivi, con alterazioni morfologiche e di struttura del reticolo capillare.

G. Matronola.

AVVERTENZE.

I quesiti della « Posta degli abbonati » devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali o il numero d'abbonamento od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

Seduta comune ai Congressi di Medicina Interna e di chirurgia.

23 *ottobre* 1922.

Presidenza: Schupfer.

Ulcera duodenale.

Prof. Vittorio Ascoli, relatore per la Medicina Interna.

1. L'ulcera duodenale, dopo l'applicazione dei moderni procedimenti diagnostici e in base agli accurati reperti anatomopatologici, risulta essere malattia molto frequente.

Occorre più spesso che l'ulcera gastrica. Il rapporto tra l'ulcera duodenale e l'ulcera gastrica varia da 1:1 a 4:1 secondo le statistiche dei singoli autori. Nella statistica del relatore è 2,4 per la duodenale e 1 per la gastrica.

2. È ammesso che l'ulcera duodenale prevale nel sesso maschile e la gastrica nel femminile. Tale asserto diviene assai discutibile in base ai recenti dati anatomo-patologici (Hart e scolari): nelle due sedi l'ulcera è più frequente nel sesso maschile. Le cifre del relatore si accordano con tali risultati, dimostrando che l'ulcera si trova 2/3 circa delle volte nel sesso maschile e 1/3 nel femminile.

3. Per quanto nella pratica l'ulcera si presenti per lo più in soggetti tra i 20 e i 50 anni, si rileva che i più giovani offrono la sindrome dolorosa, i più anziani i sintomi emorragici o peritonitici. L'anamnesi scrupolosa permette spesso di far rimontare, anche negli individui avanzati in età, l'inizio delle sofferenze dell'ulcera, alla prima gioventù. *I primi sintomi dell'ulcera duodenale si presentano per lo più intorno ai 20 anni.*

4. Dell'ulcera duodenale cronica, non specifica, degli adulti non si trova una causa determinante, ma assumono un qualche significato etiologico le condizioni in cui più comunemente si verifica. Esaminando le principali di queste condizioni si può stabilire:

a) che la disposizione ereditaria o famigliare non risulta costante, ma è clinicamente ammissibile;

b) che non è confermata da dati precisi la prevalenza dell'ulcera in alcuno dei tipi di costituzione organica (Bauer), ma è generalmente riconosciuta nei *temperamenti nervosi*. Il temperamento nervoso si traduce per Bergmann in una disfunzione del sistema vegetativo;

c) che le cause locali (topiche) hanno importanza relativa, ad eccezione degli stimoli alimentari;

d) che in alcuni casi meritano considerazione avvelenamenti cronici (piombo, alcool);

in altri le infezioni croniche, e specificamente quella da streptococchi che (Rosenow) per singolari ubicazioni (denti, antro di Highmoro, appendice, ecc.), abbiano acquistato temporaneamente tendenza a localizzarsi nelle pareti dello stomaco e del duodeno;

e) che i soggetti tubercolotici presentano spesso sintomi di ulcera duodenale. Talvolta è stata riscontrata l'ulcera peptica, talvolta no. In taluni casi (Singer) si sono riscontrati lesi i vaghi;

f) che le lesioni peritoneali croniche, specialmente consecutive ad infiammazioni della appendice e della cistifellea, possono contribuire a generare l'ulcera duodenale. Esse agiscono meno forse per i supposti emboli venosi retrogradi o per i supposti riflessi nervosi, che non per le alterazioni che inducono nel mesenterio duodenale o nella sierosa stessa del duodeno, e in alcuni casi per l'infezione generale (streptococcica!) che mantengono.

L'esame di queste condizioni morbigene, quali le odierne conoscenze ce le presentano, e la valutazione complessiva dei dati etiologici nei propri casi, portano il relatore a riconoscere giustificata in senso lato l'asserzione di Rössle che l'ulcera duodenale sia nella gran maggioranza dei casi «*malattia secondaria*».

5. L'ulcera semplice si localizza nella prima porzione del duodeno, nel *bulbo*, sia sulla parete anteriore (dove determina non di rado peritonite e perforazione), sia sulla posteriore (dove provoca più spesso emorragie e aderenze).

L'ulcera è spesso profonda, con bordi duri; è allora non difficilmente riconoscibile ai raggi X; è facilmente constatata nel periodo attivo o nello stato cicatriziale con l'esame diretto dai chirurgi e dagli anatomo-patologhi; richiama l'attenzione per le complicazioni (emorragie, peritoniti) che determina.

L'ulcera profonda è stata pertanto considerata come la *forma ordinaria*.

Le più fini constatazioni radiologiche e chirurgiche, ma sopratutto i reperti anatomici macro- e microscopici, hanno messo in rilievo come molto più comunemente si incontrino nel duodeno le ulceri superficiali, siano aperte, siano cicatrizzate. Tenendo nel dovuto conto le piccole cicatrici, le statistiche anatomiche provano che *le ulceri superficiali sono le più comuni.*

6. Le due specie di ulcera portano naturalmente conseguenze anatomiche diverse: ambedue danno emorragie; le profonde sono accompagnate spesso da reazione peritoneale e non di rado si perforano.

Le cicatrici hanno diversa estensione e profondità.

L'ulcera superficiale comprende, nella sua cicatrice, mucosa e sottomucosa, mentre sono scomparse le ghiandole di Brunner; ma spesso la cicatrice è ricoperta con una mucosa più o meno eguale alla mucosa normale.

L'ulcera profonda dà una cicatrice nel cui fondo resta un connettivo lasso, ma è per lo più sormontata da un grosso cordone in cui il connettivo è più denso e abbraccia e tira con sè relitti di mucosa. In vicinanza di tale cordone originano spesse ulceri profonde secondarie (2-3-4) successivamente.

Alle cicatrici non consegue mai una stenosi capace di indurre ristagno.

Le ulcere duodenali assumono eccezionalmente carattere canceroso.

7. Le alterazioni anatomiche proprie dell'ulcera duodenale si riconoscono nella maggioranza dei casi con l'esplorazione mediante i raggi X. A complemento del quadro si aggiungono le modificazioni e le deformazioni funzionali che il bulbo, e anche lo stomaco, traverso spasmi circoscritti, subiscono in via subordinata (riflessa). Devono essere scelte con precisione volta per volta le *pose in cui le alterazioni riescono palesi.*

Le due specie di alterazioni morfologiche si riconoscono e distinguono mediante la radioscopia e la radiografia coordinate; con sicurezza anche maggiore, mediante il metodo recente delle *fotografie in serie.* I dati che l'esame radiologico rileva nell'ulcera duodenale hanno significato obbiettivo abbastanza netto e costituiscono i criteri più positivi per riconoscerla: *rappresentano i sintomi obbiettivi più sicuri.*

8. I segni radiologici decisivi sono dati naturalmente dalle alterazioni stesse del bulbo duodenale. Le alterazioni del bulbo sono dimostrate:

a) *da lacune della parete.* Il bulbo è ridotto di diametro, spesso asimmetrico; presenta corrosioni o è riempito ad isole. Simili immagini sono prodotte da lesioni del bulbo stesso o da profonde deformazioni che la parete subisce per affezioni degli organi viciniori o del peritoneo;

b) *dalla deformazione tubulare* (George e Gerber). Essa consiste in un irrigidimento del bulbo, specialmente nella porzione duodenale, con impiccolimento (parte cicatriziale, parte spastica) del lume; permette passaggio continuo a chimo brodoso. (Non si può chiamare *stenosi*, perchè non provoca ristagno);

c) *da extroflessioni del bulbo* che assumono l'aspetto di *nicchie* e di *tasche*.

Le nicchie hanno a base (Haudek) ulcere profonde o penetranti, nel cui fondo facilmente si arresta e residua pasto opaco. Sono rappresentate da ombre *a forma di goccia*, per lo più sporgenti dalla piccola curvatura. Sono un reperto non frequente. Frequenti invece sono le forme analoghe, descritte da Akerlund, prodotte da raccorciamento dell'asse dell'ulcera per spasmo dei fasci longitudinali; alla sporgenza della piccola incurvatura del bulbo corrisponde retrazione della parete della grande curvatura.

Le *tasche* duodenali sono causate dal modo come le ulcere profonde cicatrizzano: il cordone cicatriziale soprastante su una o più ulceri si ritrae e lascia sporgere la flaccida parete a mo' di sacco. La regione pilorica finitima, ipertrofizzandosi, le rende più evidenti. Simili alle tasche sono le lacune d'origine cicatriziale o spastiche che si presentano nel fondo del duodeno e sono state descritte come *corni del piloro* (Stierlin) o come *trifoglio* (Holzknecht).

Nicchie e tasche hanno sede, forma e significato diverso; non si differenziano tuttavia sempre in modo netto. In pratica ciò non ha importanza, perchè depongono egualmente per l'esistenza di un'ulcera duodenale. I diverticoli congeniti con cui potrebbero confondersi si trovano più spesso nelle porzioni wateriane e sottowateriane del duodeno.

9. Hanno importanza diagnostica *relativa* o *condizionata* i seguenti segni:

a) *ipermotilità dello stomaco*. Questo sintomo ha tenuto un gran posto finora, ma non riveste significato, se non consiste in una cresciuta attività peristaltica ed espulsiva dello stomaco accompagnata da presenza di acido cloridrico (in eccesso o almeno in proporzione normale) nel succo gastrico, e se non lascia riconoscere una successiva ritenzione (di almeno 6 ore) del contenuto;

b) *le ombre duodenali persistenti dopo le 6 ore dal pasto*. Sono ombre piccole, poco numerose, poco spostabili, talvolta dolenti alla pressione: corrispondono a ulceri o cicatrici, in cui il pasto opaco ristagna;

c) *la dolenzia in un punto circoscritto* assume valore quando è ricercata con adatta manovra palpatoria e con precisa constatazione. Le conferisce importanza (Jonas) il rilievo obbiettivo della contemporanea contrazione del retto destro dell'addome;

d) *la destroposizione dello stomaco e del bulbo*. Questo sintoma che signoreggiò da prima per la frequenza con cui si verifica nell'ulcera duodenale, è stato ora detronizzato per la sua non minore frequenza in svariate malattie addominali;

e) *lo stomaco a clessidra* e

f) *la persistente increspatura dello stomaco*, sono rappresentati da spasmi rispettivamente della muscolatura circolare e della muscolaris mucosae, che possono essere provocati dall'ulcera duodenale, ma che originano anche per molteplici altre contingenze;

g) *il fenomeno dell'HCl* (*Glässner e Kreuzfuchs*) non è stato ancora saggiato sufficientemente. Mentre una soluzione cloridrica blanda non cagiona modificazioni radioscopiche nell'ombra d'uno stomaco normale, chiude il piloro e sospende la peristalsi, se v'è ulcera gastrica; ne accelera i movimenti e ne affretta il vuotamento, se v'è ulcera duodenale.

10. L'HCl nel succo gastrico si incontra in eccesso in un certo numero dei casi (30-60 %); s'incontra in misura normale o deficiente in altri; manca non di rado.

I casi con abbondanza di HCl sembrano essere quelli in cui l'ulcera è più recente.

Nell'ulcera duodenale si trova acidità (spesso con dimostrabile HCl) nel succo duodenale (estratto con la sonda di Einhorn).

Nell'estratto duodenale di soggetto con ulcera si rinviene spesso sangue. Questi fatti sono stati riscontrati in analisi compiute (laureanda Nervi) nella mia clinica.

11. Il sangue si trova spesso in minima quantità nelle feci (*emorragia occulta*); talvolta in quantità discrete e già riconoscibili dalla melena; talvolta in abbondanti quantità (melena e sangue vivo).

12. Per la diagnosi, i dati anamnestici e specialmente il rilievo dei disturbi funzionali e l'evoluzione di essi, quali Moyniham ha magistralmente descritti, costituiscono una indicazione preziosa. Il dolore allo stomaco viene a ora tarda e fissa dopo il pasto, con ripercussione posteriore o verso l'ombelico o l'appendice; spesso viene anche più lontano dal pasto, a digiuno (dolore della fame); si sospende momentaneamente con l'assunzione di cibo o con alcalini; si modifica spesso con il cangiamento di posizione del corpo; si attenua con il piegarsi del tronco in avanti o con ben modica pressione esercitata su vasta zona della parete addominale (con la palma della mano o con un cuscino), e si esacerba premendo un punto posto nel terzo inferiore d'una linea tirata dall'ombelico alla X costa destra; può essere modificato dalla qualità e quantità del pasto; spesso si accompagna con *pirosi* ed eruttazioni acide. Il dolore, con note caratteristiche costanti

in ogni soggetto, dura qualche tempo, cessa spontaneamente o con il trattamento; si ripresenta a distanza di settimane, mesi ed anche anni, con caratteri analoghi, per cessare di nuovo, e riaffacciarsi talvolta persino in modo periodico (secondo le stagioni, in singoli individui). Il vomito manca o è rarissimo, e avviene allora in periodi tardivi. Malgrado i dolori, l'appetito è ben conservato, e le condizioni nutritive del paziente si mantengono a lungo relativamente buone.

Un tale aggruppamento di sintomi, e sopratutto la evoluzione di essi, non solo destano il sospetto di ulcera duodenale, ma autorizzano a formulare una *diagnosi di presunzione; sono caratteristici, non patognomonici.* Possono presentarsi, più o meno completi, in altre circostanze (ad esempio nell'ulcera della piccola curvatura dello stomaco); possono mancare in tutto o in parte nell'ulcera duodenale, che si rivela per improvvise emorragie o peritoniti o che si rinviene sia nell'intervento chirurgico sia al tavolo anatomico.

Se una buona anamnesi non è tutto nell'ulcera duodenale, dev'essere in ogni caso presa a guida del pratico, perchè formuli la diagnosi di ulcera duodenale più spesso che non soglia fare.

13. Dati obbiettivi veramente decisivi offre la ripetuta esplorazione mediante i raggi X, specialmente le radiografie in serie. La constatazione di sintomi *diretti*, e più la coordinazione di qualcuno di essi ai sintomi *condizionali*, costituiscono *il fondamento di una diagnosi sicura.*

L'esplorazione radiologica consente talvolta perfino di distinguere l'ulcera duodenale superficiale da quella profonda, e stabilisce se questa è penetrante.

I segni radiologici però possono fare totalmente difetto nell'ulcera duodenale.

14. L'esame del contenuto gastrico ha scarsa importanza per sè; conferisce valore ai dati radiologici. L'*ipercloridria ha poco peso nella diagnosi.*

I così detti dolori da ipercloridria (e quelli da fame) rispondono generalmente *a spasmi.* Giova molto meglio l'analisi del contenuto duodenale (sua acidità, presenza di sangue); ma i metodi per procurarselo non sono scevri da inconvenienti e perfino da pericoli.

15. Le diagnosi fatte con tutti gli accennati criteri anamnestici e obbiettivi hanno trovato conferma operativa o anatomica nel 95 % dei casi, nelle recenti statistiche degli autori più competenti.

La diagnosi di ulcera duodenale non deve rimanere *privilegio* di pochi, ma entrare nella pratica corrente.

16. La constatazione di sangue nelle feci è conferma di gran valore ai sintomi descritti e conferisce alla diagnosi certezza assoluta.

A noi conviene considerarla però piuttosto segno di complicazione o aggravamento dell'ulcera, anzichè sintomo decisivo normale. In ogni caso occorre una disamina rigorosa delle varie e molteplici origini del sangue.

17. Davanti a gravi dolori o coliche addominali bisogna sempre pensare a peritoniti da propagazione o da perforazione di ulcere duodenali. Similmente, quando si riconosca una peritonite del piano superiore dell'addome.

18. Per comprendere la complessità del quadro morboso ed indagarne gli elementi nei singoli casi può giovare un tentativo di sintesi patogenetica.

Due momenti possono considerarsi:

a) la genesi dell'ulcera;

b) la sua cronicizzazione.

La genesi dell'ulcera. E' in rapporto da un lato con la resistenza della parete e cioè con la irrorazione sanguigna, con la composizione del sangue (crasi umorale e germi patogeni), con l'innervazione dei tessuti e dei vasi corrispondenti, con la provvista delle pareti in antifermenti (antipeptico, antitriptico) e dall'altro lato è in rapporto con la *usura funzionale*, e cioè con la quantità e qualità del cibo, con l'intensità e durata della secrezione di succo e di muco nello stomaco e dei succhi pancreatico e biliare, con l'attività muscolare delle pareti e le conseguenti alterazioni circolatorie, con la progressione tarda o pigra del chimo, con il riflusso dei liquidi intestinali dotati (pancreatico) di forte capacità digerente.

La cronicizzazione dell'ulcera. E' non meno complessa. Per intenderla è necessario richiamare alcuni moderni dati di fisio-patologia gastrointestinale.

Nell'ampia distesa di tessuto muscolare liscio dell'intestino, che determina l'ordinato progredire dei cibi dall'esofago all'ano, sono stati riconosciuti da Keith alcuni (8) nodi che automaticamente disciplinano il movimento.

Fra il 2º di tali nodi, posto in prossimità del cardias, ed il 3º, posto in prossimità dello sbocco dei canali epatico e pancreatico, è contenuto il segmento del tubo digerente, in cui si svolge la digestione peptica (potremmo chiamarlo *segmento peptico*). Il 3º nodo sta a guardia della neutralizzazione dell'acidità del chimo. Il passaggio del cibo dal segmento peptico al sottostante avviene non entro un tubo cilindrico, ma la mercè di due imbuti opposti al

vertice, là ove ha sede il robusto cerchio muscolare del piloro: tra la dilatazione antrale che manda ed il bulbo duodenale che riceve, gioca il delicatissimo sfintere pilorico.

Il movimento automatico muscolare è sottoposto all'influenza endocrina, che gli conferisce il tono; ed è regolato dal sistema nervoso vegetativo. Il sistema nervoso centrale interviene traverso i sistemi simpatico e parasimpatico. Le funzioni del segmento peptico non le possiamo considerare disgiunte da queste influenze, le quali portano di necessità *a mettere in rilievo il fattore individuale.*

L'ulcera provoca inizialmente l'ipersecrezione di succo, da che forse dipende essenzialmente la ubicazione quasi esclusiva delle ulcere croniche in questo segmento del tubo digerente. Determina inoltre in via riflessa disturbi motori (ipermotilità, spasmi) *in situ* e a distanza, per i quali è impedita la sua cicatrizzazione, è alterato il corso dei succhi ed il normale progredire del cibo. Subisce l'azione di germi patogeni di varia specie.

Preliminarmente, hanno influenza la forma, grandezza e disposizione dello stomaco e d'altronde le attitudini individuali.

Applicando tali concetti generali alla genesi dell'ulcera peptica nel bulbo duodenale, troviamo che esso è male irrorato (provvisto di arterie secondarie e poco anastomizzate), che giace in una stretta corsia e quindi un po' difficoltato nei suoi movimenti, che sotto le robuste contrazioni antrali riceve il contenuto acido e deve smaltirlo con l'assidua attività delle sue pareti, che la sua mucosa è sempre a contatto di liquidi con forti poteri digerenti (peptico e pancreatico) nel flusso e riflusso del chimo.

Ci rendiamo conto come l'*ulcera duodenale sia più frequente che la gastrica* e diventi facilmente *cronica* e *recidivante*.

19. Secondo tale interpretazione, l'ulcera potrebbe essere provocata da una serie di cause svariate; la sua cronicizzazione, se è in rapporto in primo tempo con l'ipersecrezione di succo gastrico, è sopratutto dipendente dalla turbata motilità.

Mentre nella prima genesi dell'ulcera si può chiamare in causa il trofismo, le *attitudini individuali* entrano per gran parte nel meccanismo della cronicizzazione, risultando la reazione biomeccanica, promossa dall'ulcera, proporzionale al tono della vita vegetativa, ed essendo subordinata all'azione di stimoli locali e alle influenze nervose superiori. Le conseguenze che nei singoli casi derivano dalle alterazioni secondarie siano anatomiche (prodotti cicatriziali, peritoniti, aderenze col pancreas), siano funzionali (anemia da emorragie, restrizioni alimentari, prostrazione nervosa da dolori protratti da insonnia, ecc.) contribuiscono a dare sempre maggiore individualità al quadro morboso. Dovremmo pensare che le alterazioni indotte dall'ulcera sono anche più profonde, se considerassimo acquisiti i dati relativi alla frequenza della bilirubinemia e dei segni di insufficienza epatica di recente constatati, nonchè alla non rara comparsa di ittero.

Va forse quindi capovolta l'ardita frase di Aschoff *che l'ulcera peptica è una perdita di sostanza, non una malattia.*

20. La prognosi nell'ulcera duodenale dev'essere sempre riservata, poichè si osservano casi con emorragie o perforazioni mortali senza che abbiano preceduto manifestazioni morbose.

In clinica tuttavia la prognosi deve essere pronunciata con meno rigore oggi che venti anni fa, quando si formularono le prime diagnosi di ulcera duodenale. In fatti non si diagnosticavano allora che le ulceri con sintomatologia funzionale conclamata, anzi generalmente le ulcere che avevano dato luogo a complicazioni (per lo più emorragie (vedi n. 16)).

I dati anatomici della frequenza di cicatrici da ulcere duodenali senza conseguenze, dimostrano la guaribilità spontanea. La esperienza clinica ci dimostra da un lato come malati con sintomi evidenti (perfino emorragie) di ulcera duodenale non abbiano per tutta la vita avuto mai più disturbi del genere, e dall'altro lato ci permette di affermare che una serie di mezzi curativi d'indole medica (riposo, dieta, alcalini) fanno scomparire disturbi propri dell'ulcera e determinano soste più o meno lunghe. Le conoscenze attuali circa il meccanismo patogenetico ci permettono anche meglio di apprezzare e individualizzare i mezzi che possono valere ad evitare le recidive (forse le complicazioni?).

Vale per l'ulcera duodenale quanto è occorso per la generalità delle malattie: di quanto le conoscenze sulla malattia hanno progredito e la diagnosi è divenuta più precoce, di tanto è migliorata la prognosi.

21. Prima di procedere alla cura, il medico deve preoccuparsi di individualizzare il caso clinico (disposizioni nervose, stato di nutrizione, funzionalità dei singoli visceri), determinando le circostanze in cui l'ulcera s'è presentata, ed ha eventualmente recidivato affinchè l'insieme del trattamento si compenetri in un adatto sistema di vita. *Le prescrizioni generali de-*

vono precedere le indicazioni relative al funzionamento del segmento peptico.

Quindi avrà sopratutto di mira le condizioni etiologiche, eliminare (infezione da streptococci, avvelenamenti) o attenuare (affezioni tubercolari, suscettibilità nervosa) o modificare (alimentazione) le cause che direttamente possono contribuire alla genesi o alla cronicità dell'ulcera.

Criterio essenziale della cura è la dieta. Essa corrisponderà almeno a quattro indicazioni:

a) non stimolare la secrezione (scarse sostanze proteiche, non sostanze aromatiche o eccitanti, non alcool);

b) non ingombrare lo stomaco, nè lasciare residui indigeribili (scarse verdure, cibi ben cotti e ben *masticati*);

c) contenere possibilmente la necessaria provvista di calorie (defalcando la perdita per prodotti non assorbiti);

d) racchiudere in equa proporzione tutte le singole categorie di alimenti.

Per mitigare la sensazione di acidità (non sempre legata ad eccesso di acido cloridrico e talvolta nemmeno di acidi organici) giovano gli alcalini, uniti con vantaggio a lassativi salini, che favoriscono il vuotamento dello stomaco.

Quando esista ipersecrezione (in pratica abbondante HCl) si adoperano con vantaggio le iniezioni di atropina. Secondo le più recenti ricerche sull'uomo l'atropina calma anche gli spasmi della muscolatura gastrica. Contro l'ipermotilità e gli spasmi molto utile la papaverina. I due alcaloidi possono usarsi nello stesso periodo di tempo, ma preferibilmente divisi; l'atropina per iniezione; la papaverina per os.

L'insieme dei disturbi può essere molto mitigato coi preparati di bismuto o anche di bario, che, ricoprendo l'ulcera e sottraendola agli stimoli, ne attenuano i riflessi.

Nelle complicazioni dell'ulcera, le cure mediche sono sintomatiche, e limitate alle complicazioni non gravi (piccole emorragie o peritoniti circoscritte).

La cura medica deve considerare adunque un complesso di elementi e adattarli al caso singolo.

Alcuni metodi recentemente proposti e risultati utili (quello di Sippy ad esempio) in pratica si avvantaggiano dell'associazione del riposo, della dieta e dei mezzi farmaceutici. Ma s'impone alla cura medica oltre che il *rigore*, anche la *durata*. Soltanto una cura lunga per mesi (talora per uno o più anni) vale a modificare le condizioni in cui l'ulcera si è svolta e non cicatrizza. *Il rigore e la durata costituiscono uno dei lati deboli della cura medica.*

22. Dal punto di vista del medico interno le indicazioni chirurgiche sono rappresentate in genere dalle ulcere profonde e in ispecie da perforazioni, emorragie gravi o persistenti, da deperimento per frequenti recidive, da insistenti dolori, da insufficiente alimentazione, da periduodeniti moleste; l'intervento è inoltre utile quando le condizioni psichiche o sociali del paziente impediscono le cure mediche.

L'intervento chirurgico può essere risparmiato in genere quando le ulcere son superficiali, e in ispecie quando le cure mediche danno facilmente buoni risultati, nei soggetti con tara nervosa molto ricca o eccessivamente denutriti. Nell'apprezzamento di parecchie di tali indicazioni entra per gran parte il giudizio subbiettivo. Ma oggi si possono avere elementi obbiettivi, seguendo la cura medica sotto il metodico controllo dei raggi X.

23. Nelle mani dei buoni chirurgi, l'intervento si può ritenere scevro dai danni operativi immediati, ma talvolta presenta inconvenienti postumi. E questi, e una certa alea che si corre in ogni operazione chirurgica, non consigliano finora che si *adotti l'intervento quale misura profilattica di pericoli eventuali.*

Nella cura completa dell'ulcera la somma dei vantaggi sarà raggiunta quando il medico avrà profondamente analizzato il caso clinico e l'avrà individualizzato, e quando il chirurgo, dopo avere regolarizzato il vuotamento dello stomaco, non considererà del tutto *guarito* il paziente, ma lo obbligherà alle cure dietetiche e alle norme generali di vita confacienti.

24. Per concludere sulla cura dell'ulcera duodenale, il relatore prende in prestito la sintesi d'un discorso tenuto poche settimane or sono dal rinomato chirurgo inglese Wright: *l'operazione nell'ulcera duodedale, dev'essere riguardata soltanto come un incidente; la dieta e tutte le cure mediche devono essere protratte dopo, per lungo tempo.* Questa frase piace al relatore, perchè s'addice al concetto informatore della dottrina attuale dell'ulcera duodenale che consiste nel dare rilievo e importanza alle condizioni che rendono *cronico* il corso dell'ulcera; e la riporta non perchè vi riconosca la dedizione di un chirurgo eminente, ma perchè essa conferma la necessità assoluta di coordinare le cure mediche all'intervento operativo, quando è richiesto.

Nessun argomento quanto l'ulcera duodenale si trova forse così nettamente posto ai confini tra la medicina e la chirurgia; nessuno richiede forse tanta finezza d'analisi dagli internisti e tanto sagace ardimento dagli operatori. È pertanto assai utile sia discusso d'accordo fra gli uni e gli altri.

Prof. Roberto Alessandri
relatore per la Chirurgia.

Le conoscenze attuali sull'ulcera duodenale si può dire che sono dovute prevalentemente alle osservazioni di chirurghi.

Certo le prime nozioni sulla frequenza, sul comportamento anatomo-patologico, sulla sintomatologia e sulla diagnosi, sulle complicazioni, sui metodi curativi dell'ulcera duodenale sono state tratte dall'esperienza operatoria.

I primi interventi si confondono con quelli di chirurgia gastrica: molte stenosi piloriche erano e sono in realtà stenosi duodenali o piloro-duodenali.

Il primo che è intervenuto per ulcera duodenale non complicata è stato Codivilla (1893).

Operò con diagnosi di ulcera gastrica: non si trovò nulla a carico dello stomaco, «invece a due dita trasverse sotto l'orificio pilorico si trovò il duodeno trasformato per l'estensione di circa 5 centimetri in un ammasso a superficie ed a resistenza irregolari, in alcuni punti di consistenza dura, il quale aveva contratto aderenze colla superficie inferiore del fegato e col colon trasverso e il legamento gastrocolico».

Fu praticata una gastroenterostomia anteriore antecolica con risultato ottimo, permanente dopo cinque anni.

E in un altro caso lo stesso Codivilla (1898), intervenendo pure per ulcera duodenale in atto senza stenosi, praticò oltre una gastroenterostomia posteriore ad Y, anche l'esclusione del duodeno, dividendo lo stomaco nell'antro prepilorico e chiudendo separatamente le due sezioni del viscere, senza sapere che Doyen l'aveva già praticata nel 1895 allo scopo però d'impedire il rigurgito di bile dal duodeno nello stomaco, ed Eiselsberg pure nel 1895, in due casi di cancro ed uno di ulcera.

Le nozioni posteriori sono precisate in massima parte dei chirurghi inglesi e americani, primo fra tutti dal Moynihan, cui possiamo dire si deve la conoscenza più esatta della sintomatologia e della diagnosi dell'ulcera duodenale; anche i Mayo hanno portato un notevole contributo alla conoscenza della lesione, e sopratutto alla tecnica ed ai risultati operatorî; e in seguito anche negli altri paesi, specie in Germania, in Francia ed in Italia la frequenza dell'ulcera duodenale venne riconosciuta e la dottrina e le modalità dell'intervento precisate e discusse.

Uno dei primi fra noi è stato il Tricomi; ha già accennato ai casi di Codivilla; Carle ha pure un importante contributo (vedi la tesi di Marocco sull'ulcera duodenale nella «Riforma Medica», n. 269, 1900). Mattoli nella sua tesi sulla gastroenterostomia (1903) ne raccolse parecchi casi inediti di chirurgi italiani.

Accennata così per sommi capi l'evoluzione delle nostre conoscenze sull'ulcera duodenale, verrà a trattare di alcuni dei punti più importanti, lasciandone altri per reciproco accordo all'esposizione del correlatore prof. V. Ascoli.

***

Della sintomatologia e della diagnosi non intende parlare diffusamente appunto per la ragione detta sopra.

Ma occorre stabilire esattamente su quali criteri noi dobbiamo basarci, specialmente per quel che riguarda il consiglio da dare ai malati per la decisione dell'intervento.

Grandissima importanza, la massima secondo alcuni (Moynihan), sappiamo deve essere data all'anamnesi e alle sofferenze subiettive accusate dal malato: più che ai dolori e al tipo, alla localizzazione e alle irradiazioni di questi, al senso di acidità, ai vomiti, è oggi generalmente riconosciuto come abbia il maggior valore il rapporto dei disturbi coi pasti e la lunga durata dei disturbi stessi, con periodi di esacerbazione o altri di remissione o anche di benessere completo o quasi.

Specialmente la storia di alternative ripetute di cessazione quasi assoluta dei sintomi, in seguito a regolarizzazione della dieta o a cure mediche, talora anche indipendentemente da queste, e di ripresa dei disturbi subiettivi, e il presentarsi di questi in rapporto coi pasti, è del tutto caratteristico.

Per la sede duodenale dell'ulcera è ritenuto come patognomonico l'iniziarsi dei disturbi parecchio tempo dopo l'introduzione del cibo (anche 4-5 ore: dolore notturno), e il cessare o il mitigarsi del dolore coll'ingestione di nuovo cibo (il sintoma indicato da Moynihan come dolore della fame: *Hungerpain*).

Deve però avvertire come non sempre questi dati siano propri dell'ulcera duodenale; in alcuni dei casi da lui osservati e operati, con dolore ritardato dopo l'ingestione del cibo, e tipico dolore della fame, si trovò, invece che un'ulcera a sede duodenale, un'ulcera della piccola curvatura.

Una certa importanza è da assegnare al senso spiccato di acidità, al dolore alla pressione sulla linea mediana nella regione epigastrica o a destra di essa, ad eventuali melene o reperti positivi di sangue nelle feci.

Secondo la sua esperienza è da darsi notevole valore all'esame del chimismo gastrico e a quello radiologico.

***

L'importanza dell'esame chimico del succo gastrico che in un primo tempo fu molto esagerata, tanto da ritenere come assioma: ipercloridria-ulcera, anacloridria-cancro, è stata poi con opposta eccessività troppo svalutata, non dando più alcun valore ai suoi reperti, e quindi abbandonandone quasi l'uso nelle ricerche diagnostiche.

Oggi dalla massima parte dei clinici non si trascura questo esame, da cui possiamo trarre dei dati se non decisivi almeno assai probativi per la diagnosi, s'intende mai presi per sè soli, ma messi in relazione cogli altri ottenuti dall'anamnesi e dal resto dell'esame obiettivo.

Per quel che riguarda l'ulcera duodenale pos-

siamo dire che prevale il reperto di ipercloridria e di iperacidità.

L'ipercloridria si può dire costante nei primi stadî; nei casi di lunga durata, se vi è stenosi, negli esami praticati nei periodi di quiete, specialmente se durante la dieta lattea rigorosa, si può avere quantità minore di acido cloridrico libero o anche assenza.

Nella sua Clinica, nell'anno scolastico 1920-21, furono sottoposti ad esame chimico accurato prima dell'operazione 41 casi di affezioni varie gastro-duodenali; per quello che riguarda l'acidità totale, mentre in 12 casi di ulcere gastriche si ebbe 3 volte acidità normale e 9 volte ipoacidità, e in 5 casi di ulcere piloriche e iuxtapiloriche, 3 volte iperacidità e 2 ipoacidità, in 8 casi di ulcere duodenali si trovò 6 volte iperacidità e 2 ipoacidità.

Per il comportamento dell'acido cloridrico libero, mentre nei 12 casi di ulcere gastriche si ebbe 2 volte ipercloridria, 7 ipocloridria e 3 volte anacloridria, e nelle 5 ulcere piloriche 2 volte ipercloridria e 3 ipocloridria, nelle 8 ulcere duodenali 4 volte risultò ipercloridria, 2 quantità normale e 2 ipocloridria.

Nell'anno scolastico 1921-22, 42 furono i casi sottoposti all'esame accurato col tubo di Rehfuss. Fra questi, 2 casi si riferiscono ad ulcere gastriche, 16 ad ulcere piloriche e iuxta-piloriche e 7 ad ulcere duodenali.

Per l'acidità totale nelle due ulcere gastriche si ebbe una volta aumento ed una diminuzione; nelle 16 piloriche, 7 volte aumento, 2 tasso normale, e 7 diminuzione; nelle 7 duodenali si riscontrò 4 volte aumento, 2 volte tasso normale e una diminuzione

Per l'acido cloridrico libero nelle due ulcere gastriche una volta si ebbe comportamento normale e una diminuzione, nelle 16 piloriche 4 volte ipercloridria, 3 tasso normale, 9 volte ipocloridria e una anacloridria; nelle 7 ulcere duodenali una volta aumento, 2 volte tasso normale e 4 volte diminuzione. Come si vede egli non ha mai riscontrato nelle ulcere duodenali assenza di acido clòridrico, che ha invece osservato nelle ulcere gastriche; ma il reperto è possibile, e occorre ricordarlo. Crispin nel 1916 ha pubblicato ben 11 casi da lui studiati nella clinica dei Mayo, di ulcere duodenali con acloridria; questi di fronte al numero totale dei casi rappresentavano però meno dell'uno per cento.

È importante anche ricercare l'andamento della secrezione che, mentre col metodo abituale del pasto di prova e dell'unica estrazione del succo gastrico colla sonda, in genere dopo un'ora, non può determinarsi, si riesce ad apprezzare esattamente e valutare in cifre o rappresentare con curve, coll'estrazione frazionata e ripetuta del succo colla sonda di Rehfuss.

Per quanto riguarda il reperto nell'ulcera duodenale si può dire che il comportamento più frequente è che la curva s'innalzi più lentamente di quanto avviene nei casi normali, e si prolunga costantemente potendo avere (2 su 5 casi) una tendenza ad una seconda ascesa.

Un reperto che ha pure importanza e che egli ha trovato molto frequentemente, tranne in genere nei casi in cui all'ulcera si associava stenosi, è quello di pigmenti biliari nel succo gastrico.

***

L'esame radioscopico ha anch'esso notevole importanza, per quanto raramente per l'ulcera duodenale sia decisivo per la diagnosi.

Anche su questo mezzo quindi gli sia lecito ripetere l'opinione espressa anche in altre occasioni, che il reperto radioscopico non può e non deve avere valore assoluto per sè stesso, nè essere preso, come oggi talora avviene, come unico argomento per la diagnosi e la decisione operatoria, ma deve essere valutato insieme ai dati anamnestici, al tipo dei disturbi e agli altri sintomi rilevati coll'esame obiettivo e coll'esame chimico, e solo quando è d'accordo con gli altri dati clinici, acquista importanza notevole per la sicurezza diagnostica.

Anche su questo punto, trattandosi di nozioni largamente diffuse, si limiterà a riferire quel che risulta dalla sua esperienza personale.

I segni radiologici diretti ed indiretti dell'ulcera duodenale, ben noti e dai suoi reperti confermati, sono:

1) Bulbo duodenale permanentemente ripieno;

2) Dolore alla pressione circoscritto (da non confondersi con dolore extraduodenale, per es.: cistico, piccola curvatura nella forma a chiocciola dello stomaco);

3) Ipermotilità gastro-duodenale (segno di Krenzfuchs). Esiste anche, per quanto in grado meno evidente, nelle lesioni della sfera cistica ed appendicolare,

4) Nicchia duodenale: rara (segno di Haudeck);

5) Dilatazione del duodeno a monte di una pregressa ulcera duodenale (cicatriziale);

6) Aumentata altezza della zona chiara pilorica (distanziamento maggiore del bulbo duodenale dalla regione pilorica dell'antro);

7) Deformità duodenali e piloriche (livellamenti).

Oltre queste osservazioni di conferma, nei numerosi casi osservati radiologicamente e controllati all'operazione ha potuto rilevare dei segni radiologici non comunemente noti, e che si limita a riferire in elenco, essendo tuttora oggetto di ricerca e di studio:

1) L'ipermotilità gastro-duodenale nell'ulcera duodenale (passaggio rapido del contrasto attraverso tutti i segmenti del duodeno) è in rapporto diretto ad una iperperistalsi duodenale, non gastrica. Può coesistere anche questa se l'ulcera è a cavallo del piloro. L'iperperistalsi gastrica *sola* sta per l'ulcera gastrica;

2) Non si scorge quasi mai antiperistalsi duodenale, che si osserva *sempre* nei casi fisiologicamente normali;

3) Maggiore importanza deve darsi a deformità costantemente periodiche del duodeno (da studiarsi sul trocoscopio, utilità delle lastre in serie). Le deformità sono sempre a tipo finemente lacunare, mai diverticolare;

4) Più facile il dispiegamento e quindi la visione di tutti i segmenti duodenali (per la maggior quantità di contrasto che passa nell'unità di tempo);

5) L'ipermotilità duodenale è una ipermotilità circoscritta (come nella colite ulcerosa) e si origina ed ha il suo *maximum* in corrispondenza del punto ove esiste una lesione della mucosa duodenale: gli altri tratti del duodeno mostrano pure ipermotilità, ma questa è passiva e trasmessa.

***

Una questione fondamentale e sulla quale desidera fermarsi alquanto è quella dell'indicazione o meno della cura chirurgica.

Nell'ulcera duodenale cronica la indicazione operatoria esiste sempre quando la diagnosi sia certa o fortemente probabile.

La maggior parte dei medici riconoscono come di scarsa efficacia le cure interne usate per l'ulcera duodenale.

Un'osservazione generica che può farsi è che, come ha sopra accennato, nell'ulcera duodenale si hanno di regola periodi di miglioramento talora con completa cessazione di sintomi (periodi di sosta o di latenza) che possono anche durare a lungo e che possono venire giudicati dal paziente e anche dal medico come guarigioni; mentre sappiamo che a questi in genere seguono periodi di ripresa delle sofferenze che dimostrano che l'ulcera non era guarita.

La cura dietetica che può avere importanza nell'ulcera gastrica, ne ha minore nella duodenale, dove il cibo arriva già sminuzzato e semiliquido. Anche per i farmaci ad azione locale è lo stesso, perchè passano rapidamente per il duodeno, senza soffermarvisi.

Ma la ragione principale della indicazione di un intervento attivo, accertata la diagnosi, è il pericolo di complicazioni facili a verificarsi nell'ulcera duodenale.

Le emorragie, per lo più lievi, possono frequentemente essere cospicue, evidenti, talora abbondanti e gravi, per lo più sotto forma di melene, talora di ematemesi e melena insieme, raramente di sola ematemesi.

Balfour dalla casistica dei Mayo afferma che nel 20 % delle ulcere duodenali si hanno emorragie imponenti.

Finsterer dice che le emorragie sono rare nelle ulcere che hanno sede sulla parete anteriore; mentre sono frequenti in quelle della parete posteriore; queste emorragie colpiscono talora i vasi superficiali della mucosa, ma nei casi di grave perdita si tratta per lo più di erosione dell'arteria pancreatico-duodenale, più raramente delle altre (gastro-duodenale, gastro-epiploica destra, pilorica, epatica) o delle vene.

Raramente possono provocare la morte; egli non ne ha veduto casi; ma possono ripetersi ad intervalli e determinare uno stato anemico spesso grave.

Molto più grave dell'emorragia, per quanto meno frequente, è la perforazione dell'ulcera duodenale.

Veramente secondo alcuni autori la frequenza della perforazione sarebbe anche cospicua, ma giustamente Melchior osserva, come la maggior parte delle statistiche si riferiscono a reperti di autopsia, e quindi, se si può affermare che questa complicazione rappresenta la causa più frequente di esito letale nelle ulcere duodenali, non può dirsi senz'altro così frequente nei casi di ulcera duodenale in genere.

La perforazione può avvenire in peritoneo libero, ed è il caso ordinario quando l'ulcera ha sede sulla parete anteriore del duodeno, sede frequente, e la sintomatologia è identica o quasi alla perforazione dell'ulcera gastrica. Specialmente importanti sono oltre l'anamnesi in genere tipica per un'ulcera duodenale (vi sono anche qui come per l'ulcera gastrica i casi che arrivano alla perforazione con un decorso quasi del tutto silente), dolori esacerbantisi parecchi giorni prima della perforazione, e quando questa si verifica il dolore improvviso e vivissimo carattestico, il colpo di pugnale di Dieulafoy, colpo di spada, come si esprime un recente mio operato.

La diagnosi può sbagliarsi con un'appendice perforata, ma in genere si riesce a stabilire; anche alcune polmoniti a sintomi addominali (Moynihan, Melchior) possono far errare la diagnosi più spesso coll'appendicite, talora con una perforazione di ulcera gastrica o duodenale.

La perforazione dell'ulcera duodenale può avvenire anche in guisa lenta da produrre una peritonite circoscritta, in genere una raccolta purulenta e molto spesso purulenta e gassosa, il che costituisce un carattere importante per la diagnosi e che si manifesta il più delle volte come ascesso subfrenico del lato destro, più esattamente e spesso come raccolta fra la faccia inferiore del fegato e il rene destro, talora anche estrinsecantesi più in basso lungo il colon ascendente.

L'O. riferisce alcune statistiche sulla frequenza delle perforazioni nelle ulcere; nella sua statistica su 140 casi ha avuto 3 perforazioni in peritoneo libero, di cui 2 non furono operate per le condizioni disperate dei soggetti, ed una, benchè datante da 36 ore, operò, ma si ebbe il decesso dopo 2 giorni.

Ma altre complicanze si possono avere: così l'ascesso epatico o meglio ascessi epatici multipli o fistole biliari, che costituiscono spesso lesioni con sofferenze gravi, di difficile diagnosi e di esito quasi sempre infausto.

Un caso di questo genere ha riferito Marchiafava fin dal 1905 e uno è occorso nell'anno scorso a lui; molto importante che riferisce per esteso.

In succinto si trattava di un ascesso sottoepatico da perforazione di ulcera piloro-duodenale, comunicante poi colle vie biliari, che richiese due

interventi, e finì col guarire, pur costituendo un caso di complicazione gravissima.

È invece secondo gli autori molto rara la trasformazione maligna dell'ulcera duodenale in cancro.

Le stenosi consecutive alle ulcere, come le aderenze, più che complicazioni devono considerarsi come esiti, che non mancano mai in un periodo più o meno avanzato dell'evoluzione dell'ulcera duodenale, come per quelle piloriche; anche questo quasi inevitabile esito, pure nei casi favorevoli di guarigione spontanea o per cure mediche dell'ulcera del duodeno, costituisce una ragione di più che indica l'intervento precoce sia pure meno decisamente delle complicazioni pericolose e spesso mortali che hà prima accennate.

***

La cura chirurgica dell'ulcera duodenale è passata per varie fasi.

Le operazioni generalmente usate per la cura dell'ulcera duodenale sono:

1° La gastroenterostomia semplice;

2° La gastroenterostomia combinata coll'esclusione del piloro (restringimento o sezione);

3° L'affondamento dell'ulcera;

4° La escissione dell'ulcera: ambedue queste in genere unite alla gastroenterostomia o alla piroplastica;

5° La resezione (duodenale, piloro-duodenale, duodeno-gastrica più o meno estesa).

Le prime due sono comprese fra quelli che Melchior chiama metodi indiretti, le tre successive fra i metodi diretti.

La gastroenterostomia è certamente il metodo di gran lunga più usato, e secondo un gran numero di chirurgi, forse la maggioranza, anche preferibile nella cura dell'ulcera duodenale.

Oggi son tutti d'accordo nel preferire, sempre che sia possibile, la gastroenterostomia posteriore transmesocolica ad ansa corta, verticale o longitudinale, vicina in genere alla porzione pilorica, in senso iso od antiperistaltico.

Ancora *sub judice* è invece l'esclusione del piloro.

La indicazione dell'esclusione sembrò per molto tempo assoluta nei casi in cui non esisteva stenosi piloro-duodenale, poichè per la guarigione dell'ulcera duodenale si riteneva necessario evitare che i cibi e i succhi gastrici venissero a contatto con essa, mentre l'assoluto riposo che si verificava permanentemente o temporaneamente a seconda del processo di esclusione usato, davano le maggiori probabilità di cicatrizzazione.

L'esperienza però ha dimostrato che in molti casi la esclusione è inutile, ottenendosi colla semplice gastroenterostomia ottimi risultati, come si ha nelle ulcere piloriche e prepiloriche, e quindi è stata da parecchi chirurgi abbandonata, riserbandola pei casi di forti dolori e specialmente di insistenti emorragie, dove più netta appare la indicazione di impedire ogni passaggio dalla via pilorica al duodeno.

Se non che per questi casi, come vedremo poi, si riconobbe spesso insufficiente, e si preferirono interventi più diretti e radicali.

***

Il seppellimento o affondamento dell'ulcera (*infolding*) è un metodo semplice, proposto e usato sin dai primi tempi dallo stesso Moynihan e sembra anche prima da W. Mayo; è un intervento diretto sull'ulcera, possibile però o almeno facile solo quando l'ulcera è ben visibile e si trova nel primo tratto e sulla parete anteriore del duodeno (sede frequente).

È da praticarsi sempre quando vi sia minaccia di perforazione; colla gastroenterostomia e anche colla esclusione resterebbe sempre in questi casi il pericolo della peritonite. Hohlbaum riferisce due casi della clinica di Payr in cui l'ulcera duodenale si perforò il giorno dopo l'operazione (su 59 casi operati).

***

La escissione dell'ulcera è anche un metodo usato e da alcuni preferito, che può anche questo mettersi in opera solo quando l'ulcera è ben riconoscibile e cioè nel primo tratto del duodeno e sulla parete anteriore. Può farsi col coltello o col cauterio come per le ulcere gastriche (Balfour). S'intende che deve essere seguita da sutura, e poichè il risultato ne è in genere la chiusura o la stenosi del piloro, vi si aggiunge una gastroenterostomia.

Può invece però associarsi ad una piloroplastica, e così appunto molti la usano e la consigliano (Jaboulay). Si fa nel modo più semplice, aggiungendo all'escissione dell'ulcera l'incisione del piloro secondo l'asse e la sutura in senso trasversale alla Heinecke-Mikulicz. Rovsing anche recentemente ha raccomandato un intervento di questo genere prolungando l'incisione assiale parte sul duodeno parte sulla parete anteriore dello stomaco.

I sostenitori delle piloro-plastiche affermano che dopo queste operazioni lo stomaco funziona in modo più fisiologico, sono evitati il pilorospasmo e le ulcere peptiche post-operatorie, le emorragie, il circolo vizioso.

Anche l'operazione di Finney può essere utilizzata dopo l'escissione dell'ulcera per ristabilire la continuità del lume gastro-duodenale.

Balfour ha proposto un processo di gastro-duodenostomia, molto simile alla Finney, però con due incisioni separate, restando illeso il piloro e il primo tratto del duodeno: non si tratta dunque in questo intervento di escissione dell'ulcera; l'area ulcerosa può però essere affondata con sutura, e si può quindi riportare al paragrafo precedente; l'operazione sarebbe indicata, se non si può fare agevolmente una gastrodigiunostomia ordinaria, o come vedremo poi, nei casi in cui si debba resecare e sopprimere una gastrodigiunostomia precedente per ulcera peptica digiunale.

***

La resezione infine è certamente il metodo di cura più radicale, e che può essere limitata ad una semplice duodenectomia, o consistere in una resezione piloro-duodenale o infine in una rese-

zione duodeno-gastrica più o meno estesa. S'intende che non può compiersi se non nelle ulcere della prima porzione del duodeno.

Certamente, ed è questa l'obiezione più valida contro la sua diffusione, è intervento più difficile e più grave. Le difficoltà principali sono dovute alla vicinanza di organi, di cui è necessario evitar la lesione (grossi vasi, coledoco, dotto pancreatico, pancreas) e dalla facile lacerabilità della parete posteriore del duodeno priva di peritoneo. Specialmente arduo è spesso riconoscere e preparare i dotti biliari e pancreatici, quando esistono infiltrazioni ed aderenze che ne possono alterare la posizione ed ostacolano la dissezione. È spesso necessario e sempre utile mobilizzare il duodeno.

Se l'ulcera è penetrante posteriormente nel pancreas, non è necessario resecare il pancreas; basta distaccare l'ulcera, lasciandone il fondo nel pancreas come si usa nelle ulcere penetranti dello stomaco. Liberato il piloro e l'antro, si seziona, e sollevando così la parete pilorica si completa la resezione del tratto necessario del duodeno, il cui moncone si chiude (difficile spesso per la brevità di esso), e si ristabilisce la continuità gastro-intestinale con una Billroth II o uno dei processi derivati.

V. Haberer giustamente fa osservare come non sia sempre possibile seguire una tecnica precisa ed unica; talora può convenire quella stabilita da Clairmont, altre volte è preferibile cominciare dall'altro lato. Sempre il punto capitale è il riconoscimento e la protezione del coledoco e dei dotti pancreatici.

Novak (della clinica di Eiselsberg) afferma che pur dovendosi cercare di rispettare anche il dotto di Santorini, la sua lesione purchè seguita da legatura, non è pericolosa: il coledoco e il Wirsung devono ad ogni modo rimanere integri.

La resezione ampia è stata praticata o perchè esistevano contemporaneamente ulcera duodenale e ulcera gastrica, o, nell'idea di asportare largamente l'antro pilorico e la porzione aborale dello stomaco, per evitare l'insorgenza di ulcere peptiche post-operatorie.

Finsterer che sostenne da tempo questa indicazione, anche recentemente insiste sull'utilità di resecare almeno una metà dello stomaco.

Se in qualche caso l'asportazione del duodeno appare molto difficile, si può, sezionato lo stomaco, chiudere o invaginare il moncone piloro-duodenale; si viene così in fondo a praticare una semplice esclusione, ma vi si può aggiungere una resezione gastrica più o meno estesa alla Finsterer, o come recentemnte fece Lobenhofer in un'ulcera situata al limite tra la parte superiore e la parte discendente del duodeno, che si era scavata una nicchia nella testa del pancreas; non potendo resecarla egli sezionò lo stomaco come nell'esclusione alla Eiselsberg ed eseguì la plicatura della parete opposta all'ulcera in modo analogo a quello indicato da Roth per l'ulcera dello stomaco (tamponamento vitale dell'ulcera respingendo verso destra il moncone pilorico dello stomaco).

***

Accennerà alle indicazioni ed ai risultati dei vari metodi.

L'escissione a priori potrebbe credersi il metodo di scelta; l'ulcera è asportata o distrutta (termocauterizzazione) col minor sacrificio dell'organo, e si evitano così sicuramente i due pericoli maggiori: la perforazione e l'emorragia. Ma prescindendo che a differenza di quello che si ha nell'ulcera gastrica, per il calibro del duodeno, ne segue quasi sempre una stenosi e quindi bisogna completare l'operazione con una plastica o con una gastroenterostomia, si deve notare che non è possibile o molto difficile nelle ulcere della parete posteriore e rimane sempre il grave dubbio — in raporto colle idee dominanti sulla patogenesi dell'ulcera — della recidiva di essa in un punto diverso.

La gastoenterostomia è certamente l'operazione più semplice, più rapida, e che come ha già accennato, è stata preferita e lo è in genere ancora dalla massima parte dei chirurgi.

Essa, che resta sempre l'operazione di scelta nelle stenosi, può essere insufficiente se il duodeno è normalmente pervio, per quanto il pilorospasmo esistente per la presenza dell'ulcera possa stabilire le condizioni volute per il passaggio del contenuto gastrico esclusivamente o quasi per la neostomia e quindi determinare in fatto una specie di esclusione pilorica.

Questa fu ritenuta per molto tempo e da molti indispensabile. Si riportavano gli esperimenti di Kelling, alcuni casi di persistenza dei sintomi e di recidiva, dopo la gastroenterostomia semplice; si insisteva sulla semplicità e sulla innocuità della esclusione.

Sta di fatto però che l'esclusione pilorica, si è rivelata inutile in parecchi casi, insufficiente in altri, in cui sembrava più indicata (emorragia, minaccia di perforazione, penetrazione dell'ulcera), e viceversa ad essa sembra legato, almeno come massima frequenza, l'insorgere di ulcere peptiche post-operatorie.

Molti chirurgi che l'usavano prima sistematicamente, la hanno poi abbandonata o la riservano a casi speciali.

Anche egli per la sua esperienza deve dire, che non ha trovato grandi vantaggi nei casi ordinari dall'esclusione, tanto che da tempo non la pratica più sistematicamente.

In quanto al processo di esclusione, ha usato il più spesso la semplice legatura del piloro o della regione prepilorica con un filo di seta o con una fettuccia alla Parlavecchio, senza in genere affondarlo con punti sierosi; ha adoperato anche talora la sutura o la plicatio o la stenosi con tessuti; in un caso ha tentato il processo di Biondi, ma non è riuscito, in un altro ha fatto secondariamente una sezione alla Eiselsberg. Come risultato i vari processi presso a poco si equivalgono.

È del resto la stessa conclusione cui giunge Nieden che ha adoperato i vari processi.

La gastroenterostomia dunque o solo o unita all'infossamento dell'ulcera e in qualche caso speciale all'esclusione pilorica è l'operazione ordinaria da eseguire nell'ulcera duodenale. L'escissione e le plastiche non rispondono allo scopo, o hanno indicazioni limitate a casi speciali.

È necessario però subito aggiungere, come vi è un certo numero di casi, in cui la gastroenterostomia non porta il successo, e questi dapprima non ben individualizzati, si sono man mano andati precisando nella loro entità clinica e anatomo-patologica.

Sono specialmente le ulcere con forte tendenza alle emorragie e quelle della parete posteriore penetranti nel pancreas che sono spesso ribelli ai mezzi indiretti di esclusione, e per le quali perciò acquista indicazione precisa l'operazione radicale di resezione. Le due varietà, del resto, sono il più delle volte coincidenti:

Hohlbaum riferendo 65 casi della clinica di Payr di cui 59 operati afferma che meno un caso in cui l'ulcera era sulla parete anteriore, in tutti i casi con emorragia persistente si palpò un'ulcera callosa della parete posteriore.

V. Haberer è stato il più strenuo sostenitore della resezione, e la ritiene indicata specialmente nei casi in cui minaccia la perforazione o si trovano segni di ulcera callosa penetrante posteriormente nel pancreas, perchè coll'esclusione e colla gastroenterostomia non si evita il pericolo della perforazione o della penetrazione progressiva, delle emorragie secondarie e non si ottiene la guarigione delle sofferenze. Recentemente ha fatto con successo la resezione anche in un caso di ulcera perforata, ove in genere si consiglia la sutura semplice.

Per quanto riguarda i risultati riporta statistiche di varî chirurghi: Graham, Moynihan, Horwitz, Hohlbaum, Finsterer, Clairmont, V. Haberer, Novak.

***

Riassumendo gli sembra poter concludere come l'operazione da preferirsi nei casi ordinari è la gastroenterostomia posteriore, con affondamento dell'ulcera se possibile; l'esclusione pilorica non sembra necessaria, e può più facilmente della semplice stomia, essere seguita da ulcera peptica.

La resezione duodenale o duodeno-gastrica deve essere riservata ai casi in cui è possibile (ulcera nella prima porzione del duodeno, in genere vicino al piloro) e in cui vi sia netta tendenza all'emorragia o minaccia di perforazione coperta.

In alcuni casi, date le condizioni generali poco resistenti del malato, può esser conveniente praticare in primo tempo una gastroenterostomia senza o con esclusione, salvo, persistendo i sintomi, fare una rsezione in secondo tempo.

***

Riferisce brevemente la sua statistica, che riguarda i casi da lui operati nel 3° padiglione del Policlinico (1909-1922), nella Clinica Chirurgica (1920-22) e alcuni della pratica privata, di cui ha potuto avere dati precisi.

In totale i casi operati raccolti sono stati 140, di cui 96 uomini e 44 donne; anche dalla sua esperienza è così confermata la frequenza maggiore nel sesso maschile, già notata quasi unanimemente.

Dei 140 casi, 5 riguardano ulcere perforate in peritoneo libero, di cui 3 ulcere duodenali (parete anteriore) e 2 ulcere peptiche sulla neostomia.

Dei primi 3, due non furono operati per le gravi condizioni in cui vennero all'osservazione (la perforazione datava da oltre 24 ore), uno in cui la perforazione era avvenuta 36 ore prima fu operato, e la perforazione suturata; ma si ebbe ugualmente la morte alla fine della seconda giornata.

Nelle due ulcere peptiche perforate s'intervenne in entrambi i casi: in una si ebbe guarigione: i particolari saranno dati in seguito.

Negli altri 135 casi di ulcera duodenale fu praticata 130 volte la gastroenterostomia, che fu 129 volte posteriore.

Due volte fu eseguita la resezione pilorica, 3 volte una resezione duodeno-gastrica.

Delle 130 gastroenterostomie, in 84 non venne fatta alcuna esclusione: si trattava per lo più di casi in cui già esisteva stenosi, nei primi tempi; negli ultimi anni, come ha già detto, l'ha quasi del tutto abbandonata; in 46 invece si praticò una esclusione o un restringimento del piloro: questo venne ottenuto nel maggior numero dei casi (37) con un semplice filo di seta o con un nastrino (Parlavecchio); 6 volte adoperò tessuti organici e precisamente 3 volte il legamento rotondo e 3 striscie di aponevrosi del muscolo retto; 3 volte infine si fece l'affondamento del tratto ulceroso con sutura. Non eseguì mai la sezione alla Eiselsberg.

Per i risultati operativi nei 5 casi di resezione si ebbe sempre successo; nei 130 casi di gastroenterostomia, si devono contare 10 casi di morte, di cui ben 5 per bronco-polmoniti post-operatorie.

Negli altri 5 casi di morte, in uno il decesso si ebbe subito alla fine dell'operazione, per paralisi cardiaca, in uno per circolo vizioso tardivo, in uno per insufficienza renale, e in due con emorragie persistenti dopo l'operazione, non però così gravi da spiegare l'esito fatale.

Per quello che riguarda i risultati lontani, non avendo notizie precise di molti, deve presso a poco accettare la percentuale da altri riportata di due terzi circa di guarigioni, un sesto di miglioramenti e un sesto di persistenza dei disturbi.

Nei casi di resezione i risultati sono buoni, ma recenti. Gli insuccessi più frequenti si hanno nelle ulcere a tendenza emorragica.

***

Crede necessario complemento della relazione trattare brevemente di una complicazione, che si è notata specialmente nei casi operati per ulcera duodenale, cioè dell'ulcera peptica digiunale.

Il primo casi di ulcera post-operatoria fu pub-

blicato da Berg nel 1897; seguirono presto altre osservazioni. Lieblein dalla letteratura fino al 1915 ne riporta 129 casi.

L'ulcera peptica si può localizzare o sulla bocca stessa o sull'ansa digiunale immediatamente vicina, per lo più sull'efferente; V. Haberer dice che l'ha veduta sempre sul digiuno e non sulla bocca, ma sono numerosi i casi in cui è stata riscontrata sul contorno della stomia.

I tedeschi incolparono dapprima la gastroenterostomia anteriore, ma si è veduto che può seguire a qualunque processo di gastroenterostomia; sembra sia specialmente frequente dopo l'esclusione pilorica, sia alla Eiselsberg, sia con altri processi.

L'ulcera peptica si osserva in genere presto dopo l'intervento, secondo Pauchet nei mesi seguenti l'operazione, per lo più nel primo anno o nei due primi; anche V. Haberer dai suoi casi afferma la precocità dell'apparire dell'ulcera, al più tardi egli dice un anno e mezzo o due dopo l'operazione, e anche per questi casi i sintomi si erano iniziati prima. Non mancano però casi, che sono stati osservati dal chirurgo a parecchi anni di distanza, sino sette e nove; uno dei suoi casi fu operato d'urgenza per perforazione dopo nove anni dal primo intervento; ma per questi casi ha valore l'osservazione suddetta, che i sintomi in genere datano da tempo, e quindi l'inizio dell'ulcera può ritenersi assai più precoce.

L'andamento dell'ulcera infatti è anche qui essenzialmente cronico e anche sotto questo punto di vista può assomigliarsi alle ulcere primitive gastriche o duodenali; la stessa tendenza a retrarsi, a produrre aderenze, ad approfondirsi sino alla perforazione: abbastanza spesso si ha comunicazione col colon trasverso. Nella sintomatologia predominano anche qui i dolori e spesso le emorragie.

Il punto più controverso è la patogenesi. Per brevità si limiterà a dire come le teorie più accettate, prescindendo da quelle infettive, sia per penetrazioni di germi dalla bocca (Mayo Robson, Lieblein) sia da altri focolai (Moynihan), si riducono alle cause traumatizzanti e all'azione del succo acido dello stomaco.

Fra le prime alcuni dànno importanza ai cibi non adatti, ma i più riportano la produzione dell'ulcera a traumi operatorî, all'azione contundente sulla parete e sopratutto sulla mucosa dei clamps adoperati per le suture, e specialmente all'uso dei fili non riassorbibili (lino, seta) per le suture interne e alla loro permanenza. Specialmente i Mayo hanno insistito su questa causa.

Si deve però subito osservare come parecchi chirurgi non abbiano osservato differenza apprezzabile, adoperando fili di seta o di catgut per le suture; e così pure abolendo l'uso degli enterostati; egli stesso deve riconoscere che non ne ha riscontrata nei suoi casi. Un'altra obiezione di gran valore consiste nel fatto che una gran parte delle ulcere digiunali non risiede sul cercine di sutura e neppure vicino ad essa, ma sulle anse efferente od afferente sino a 12 centimetri dalla stomia.

L'influenza del succo gastrico acido e specialmente della iperacidità, che come ha detto è in genere preesistente nelle ulcere duodenali, è da moltissimi riconosciuta, tanto da insistere molto sulla necessità di una cura medica adatta postoperatoria.

Anche l'osservazione clinica, che non si verifica ulcera peptica dopo gastroenterostomia per cancro, dove come, è noto, di regola si ha anacloridia o ipocloridria, può esser d'appoggio alla teoria.

***

A risolvere la questione può essere assai importante il contributo sperimentale e renderà succintamente conto delle numerose ricerche da lui e da pochi altri praticate.

Mann nella clinica dei Mayo aveva fatto esperienze sui cani, trapiantando dei tratti di parete del digiuno nello stomaco verso l'antro pilorico, allo scopo di vedere se esposti così al succo acido, si formassero delle ulcere: per la sutura adoperò seta, lino e catgut. Non ottenne mai ulcerazioni, tranne in un caso, in cui alla base dell'ulcera trovò un filo non riassorbibile: dà quindi a questa presenza il valore principale e non al succo gastrico.

Appare evidente come questi esperimenti abbiano per sè molta poca importanza e i risultati quasi costantemente negativi non autorizzino alcuna conclusione decisiva.

Pauchet nell'idea di evitare l'iperpepsia secondaria e quindi l'ulcera digiunale, ha tentato la sezione dei nervi del plesso celiaco sperando così di sopprimere la secrezione delle ghiandole peptiche, ma senza alcun risultato.

Accenna ad alcune esperienze eseguite nella sua Clinica da Egidi e Koch, Baggio, Gussio e Brancati, delle quali diranno particolarmente loro stessi.

***

Dirà poche parole sulla cura dell'ulcera peptica digiunale. A scopo preventivo poca importanza hanno le modalità della gastroenterostomia; sarà preferibile la posteriore ad ansa corta, in buona posizione verso la parte pilorica, adoperando fili riassorbibili.

Da proscrivere sembra in modo deciso l'esclusione del piloro. Importantissima la cura medica, dietetica e medicamentosa, dopo l'operazione.

Ha già accennato anche alla pratica sostenuta da Finsterer; asportare insieme all'ulcera e al piloro almeno metà dello stomaco. Se le resezioni limitate potrebbero non esser sufficienti, anche per le conclusioni che si possono trarre dalle ricerche sprimentali, si potrebbe pensare che una vasta resezione gastrica, diminuendo fortemente la superficie secernente, potesse invece essere utile

Per l'ulcera peptica quando si è sviluppata, numerosi processi operatori sono stati impiegati.

Li accennerà sommariamente: una gastroenterostomia alta di scarico, la digiunostomia, e come operazioni dirette: l'escissione dell'ulcera e sutura (eccezionalmente indicata, specialmente in soggetti molti depressi: le condizioni rimanendo le stesse,

vi è pericolo di nuova ulcera: vedi un suo caso); la resezione dell'anastomosi, chiudendo la breccia gastrica e sezionando la convessità dell'ansa digiunale, mantenendone la continuità oppure resecando il tratto ulcerato, e stabilendo poi una nuova gastroenterostomia o laterale, riunendo i capi digiunali, o ad Y; ed infine la resezione gastrica estesa, comprendente cioè l'anastomosi, con riunione del digiuno alla porzione cardiale residua alla Polya, o alla Polya-Balfour o con un altro dei processi simili usati.

Queste operazioni sono certamente gravi, ma logiche, specialmente coll'asportazione di gran parte dello stomaco, per il concetto esposto sopra a proposito delle proposte di Finsterer.

Difficoltà tecniche si comprende come possano essere gravi, per le aderenze formatesi e per la tendenza alla penetrazione dell'ulcera, specialmente nei casi in cui esiste comunicazione col colon trasverso.

Polya propose l'esclusione quasi totale dello stomaco per la cura dell'ulcera peptica. Dei due casi operati da Polya uno morì per perforazione di una nuova ulcera digiunale formatasi in corrispondenza dell'anastomosi gastrica; il secondo è dato come guarito, ma a soli tre mesi e mezzo dall'intervento.

Più logiche sembrano altre proposte. Iudd riferisce un caso di ulcera duodenale operata da V. Hacker colla gastroenterostomia, e che fu seguito da due ulcere peptiche a un anno di distanza. L'operatore praticò allora la resezione dell'ulcera duodenale primitiva e soppresse l'anastomosi; guarigione.

Anche altri chirurgi, come riferisce Loewy, avrebbero soppresso la gastroenterostomia; ma è necessario esser sicuri della cicatrizzazione dell'ulcera duodenale e della permeabilità del piloro. Nella clinica dei Mayo 37 volte su 47 casi venne soppressa la gastro-digiunostomia, ma 18 volte vi fu sostituita una gastro-duodenostomia.

***

Riassume 7 casi di ulcera peptica digiunale da lui operati, di cui due perforati.

Negli altri cinque fu praticata in uno la semplice escissione per le condizioni deperite dell'infermo recidivo; sugli altri quattro la resezione dell'anastomosi; in uno per recidiva dell'ulcera si fece una resezione ampia, dopo la quale si ebbe guarigione.

Discussione sulle Relazioni sull' Ulcera duodenale.

VIOLA. — Richiama l'attenzione sui rapporti che passano tra ulcera duodenale e la costituzione osservando che se non esiste un *habitus* particolare al quale sia legata l'ulcera gastrica o duodenale, occorre riconoscere però che nei malati di ulcera più frequentemente che negli altri si nota la presenza di uno stato costituzionale particolare riguardante specialmente il sistema nervoso vegetativo. Secondo alcuni una siffatta costituzione si troverebbe accoppiata all'*habitus longilineus*. L'O., secondo l'esperienza sua personale, crede si possa distinguere l'ulcera giovanile sull'insorgeza della quale prevalgono specialmente i fattori costituzionali, e l'ulcera che compare negli individui oltre i 40 anni e per la quale occorre riconoscere numerosi altri fattori. Ritiene che l'ulcera gastrica e duodenale sia più frequente nella costituzione debole, in quella linfatica e in quella ipotrofica.

TEDESCHI. — In base all'esperienza personale afferma che l'ulcera duodenale è più frequente della pilorica e ritiene che quella denominata *iuxtapilorica* debba essere riunita in un sol gruppo con l'ulcera duodenale. Nella diagnosi di ulcera duodenale riconosce l'importanza dei dati forniti dall'esame radiologico, ma ritiene che grande valore abbiano i dolori, le emorragie, i disturbi dispeptici. Fra i punti obiettivamente dolenti crede più esatto quello situato sulla testa del retto di destra subito al di sotto delle false costole, e sulla linea che dall'ombellico va alle false costole.

SCHIASSI. — Dice che la cura deve avere per base l'etiogenesi. Crede nell'immensa maggioranza dei casi in questi ammalati si tratti di nevrosici non solo generici, ma specifici; impressionabili, simpaticotonici. Ricorda alcuni membri della stessa famiglia affetti da ulcere identiche. Secondo l'O. il meccanismo dell'alterazione anatomica suole iniziarsi per azione del cervello sul simpatico in modo che il disquilibrio improvviso fra le due sezioni dà luogo ad emorragia sottomucosa, autodigestione della mucosa, perdita di sostanza.

Per la cura egli ritiene essenziale il riposo dell'organo a mezzo del digiuno e della gastroenterostomia, magari con esclusione pilorica. Poi allo scopo d'impedire un riprodursi dell'ulcera consiglia di recidere le connessioni nervose che vanno all'organo per il piccolo omento e di legare l'arteria gastro-duodenale.

DONATI. — In genere accetta le conclusioni dei relatori e fa sue quelle del collega Alessandri. Crede si debba intervenire nelle ulcere ribelli alle cure mediche e che senza dubbio la gastroenterostomia sia l'operazione che dà i migliori risultati. Ciò che non farebbe mai è la resezione dei vasi e dei nervi che vanno al piloro, come propone lo Schiassi.

Nei casi da lui operati non ha mai visto ulcere peptiche.

Riguardo a quello che ha detto il Prof. Ascoli non gli sembra ammissibile fare una duodenotomia per riconoscere le piccole ulcere superficiali. Riferisce, inoltre, alcuni suoi reperti, non descritti da altri, che son conseguenza di ulcere duodenali: cioè mesenterica adesiva e retrattile della loggia sottomesocolica; ha osservato questo reperto 5 volte e in 3 si avevano ulcere duodenali in atto o pregresse.

GRAZIADEI. — A lui sembra che la cura medica sia una spada di Damocle duodenale. Chiede ai relatori che stabiliscano in modo pratico quan-

do si devono operare le ulcere. Riguardo al trattamento chirurgico crede che la gastroenterostomia sola o con l'esclusione pilorica non sia sufficiente.

BASTIANELLI P. — Ha sempre adoperato l'esclusione alla Parlavecchio o von Eiselsberg; mai recidive, mai ulcere peptiche digiunali; anzi è intervenuto per nuova melena in un'ulcera duodenale operata solo di gastroenterostomia e colla esclusione l'ha guarita. Crede che il fatto di non aver mai avuto ulcere peptiche si debba a che la esclusione la fa molto vicino al piloro in modo da lasciare la secrezione delle ghiandole pepsinogene del fondo.

CHIASSERINI. — Crede che le indicazioni terapeutiche potrebbero essere quelle dette dal Prof. Ascoli se la sintomatologia seguisse l'evoluzione delle lesioni anatomiche e il paziente potesse esser tenuto sotto una continua osservazione. Riferisce due casi di ulcere duodenali perforate, da lui operati, in cui la sintomatologia era stata poco accentuata. I due casi operati nelle prime ore sono guariti; ma che sarebbe successo se la perforazione fosse avvenuta lontano da un luogo di cura? Egli crede che come misura profilattica e curativa ogni ulcera duodenale, a diagnosi certa, si debba operare.

QUEIROLO. — Osserva come egli non abbia mai constatato nei suoi ammalati ipo- od anacloridria, a meno che non fossero presenti condizioni secondarie di anemia grave, o cachessia, o alterazioni diffuse della mucosa dello stomaco. Egli, contrariamente a quanto ha osservato il prof. Ascoli, ha sempre fatto largo assegnamento sulla ipercloridria per la diagnosi differenziale. Alla ipotesi delle alterazioni del fegato quale causa di ulcera duodenale o gastrica, ipotesi fondata anche sull'esperimento di Friedreich e Pavy dell'allacciatura parziale della vena porta; contrappone i risultati negativi che egli ebbe con la completa chiusura della vena porta. Al relatore prof. Alessandri chiede quali vantaggi la semplice gastroenterostomia abbia nella pratica della soppressione completa dell'alimentazione per via gastrica, sostituita con l'alimentazione per via rettale. Egli da molti anni ha introdotto ciò nella terapia dell'ulcera duodenale con ottimi risultati, e quando anche tale mezzo si dimostri insufficiente, allora ritiene necessario l'intervento chirurgico.

PERUSSIA. — Ribadisce il concetto che la diagnosi di ulcera duodenale non sia devoluta al radiologo, sibbene al clinico, il quale dovrà valutare gli importanti risultati di una indagine radiologica alla stregua dell'esame clinico e di tutti gli altri reperti di laboratorio.

Infatti molte sono le cause d'errore tanto per la sindrome radiologica indiretta quanto per i sintomi liretti dell'ulcera duodenale.

La sindrome indiretta, che si riscontra tanto spesso nell'ulcera duodenale, non è univoca ma può osservarsi anche per malattie delle vie biliari, specialmente per colecistite calcolosa.

Le alterazioni morfologiche del duodeno, oltre che essere spesso tecnicamente difficili a mettersi in evidenza, talora non sono che reperti eccezionali di duodeni normali. Talora sono esponenti di fatti spastici anche indipendenti dall'ulcera duodenale. Talora sono determinati da alterazioni periduodenali che riconoscono il punto di partenza non dal duodeno, ma da altri organi, come la cistifellea.

CIOFFI. — A proposito dell'importanza del gran-simpatico nella patogenesi dell'ulcera duodenale cita alcune sue esperienze sui cani, nei quali, dopo l'ablazione delle capsule surrenali, ebbe a notare presenza di ulcerazioni ed emorragie sulla mucosa dello stomaco. L'O. ritiene che la deficienza di tessuto cromaffine possa determinare una paresi vasale, e quindi trombosi ed emorragie.

MANNA. — Durante la guerra, nella osservazione di numerosi ammalati, ha notato una percentuale del 9 % di ulcera gastrica o duodenale, ed 11 casi di ulcera perforata. Inoltre egli ha notato come durante tale periodo individui che già avevano sofferto di ulcera duodenale o gastrica stessero bene e ritiene ciò possa essere messo in rapporto con la minore alimentazione e con la qualità particolare dei cibi.

GIORDANO. — Bene ha fatto l'Alessandri a rivendicare al clinico il diritto di giudicare e di diagnosticare valendosi degli elementi ausiliari e richiedendoli, perchè questi esami fatti senza criterio possono essere fatali per l'infermo. Non condivide le idee del Viola e dello Schiassi, al quale domanda perchè non divida addirittura l'antro: l'esclusione fatta in tal maniera divide pure vasi e nervi e mette l'ulcera al riparo dal contatto dei cibi.

Non ha mai avuto ulcere digiunali nei suoi ammalati; in un caso in cui pensava ad un'ulcera peptica trovò la persistenza della ulcera primitiva, e, fatta la esclusione pilorica, ebbe la guarigione. Egli l'esclusione la fa lontana dal piloro, al di qua dell'antro ed anche l'anastomosi fa larga e lontana dal piloro, orlando bene la ferita mucosa.

ANZILLOTTI. — Ha osservato tre casi della forma di mesenterite, cui ha accennato il Professor Donati.

Nelle ulcere duodenali ha sempre fatto la gastroenterostomia senza esclusione pilorica e con buoni risultati.

DEVOTO. — Circa la frequenza dell'ulcera duodenale osserva come egli in 300 autopsie non abbia mai notata la presenza di pregresse ulceri duodenali che fossero passate senza alcun sintomo. Riconosce però che numerose ulceri duodenali guariscono senza alcuna cura medica e senza intervento chirurgico. Insiste nella importanza della cura dietetica dalla quale si ottengono per lo più ottimi risultati e ritiene che sia da usare la cura chirurgica appunto in quei casi nei quali la cura dietetica non determina alcun miglioramento. Osserva che frequentemente nell'ulcera duodenale

si nota ipercloridria, ma conviene che in parecchi casi si riscontra invece ipocloridria. Ritiene che sia necessario studiare non solo le variazioni dell'acido cloridrico nel succo gastrico, ma anche quelle degli altri elementi e particolarmente della pepsina.

PARLAVECCHIO. — Non crede perfettamente giustificato l'ostracismo che si tenta di dare all'esclusione e specialmente a quella col laccio. Che se ogni esclusione dovesse produrre ulcera digiunale, questa non dovrebbe mancare nelle resezioni Billroth II. Si devono preferire i metodi di esclusione temporanea e quando si debba distruggere l'ulcera l'O. lo fa collo schiacciamento e l'affondamento senza aprire la cavità del viscere.

BAGGIO. — Ricorda alcuni suoi esperimenti sui cani, dai quali risulta che su 4 cani sopravvissuti per un periodo di 8-60 giorni all'esperimento di esclusione piloro-antrale, tutti e 4 morirono con ulcere peptiche nell'ansa discendente del digiuno anastomizzato.

GUSSIO. — Riferisce alcuni suoi esperimenti dai quali risulta che l'ulcera si sviluppa là dove maggiore è l'acidità del succo gastrico.

BRANCATI R. — A proposito dell'ulcera duodenale postoperatoria dice che nei riguardi del trauma sperimentalmente egli non è mai riuscito ad ottenere ulcere neanche producendo lesioni gravi della mucosa o alterazioni della circolazione, mentre l'ha ottenuta togliendo il tratto piloro-antrale dello stomaco e disfunzione pancreatico-biliare. Egli crede l'ulcera sia dovuta alla mancata modificazione del succo gastrico da parte della secrezione antrale e delle secrezioni duodenali.

BRANCATI A — A proposito della eziologia dell'ulcera duodenale cita un caso da lui osservato riguardante un soggetto di 5 anni. Ritiene che nella insorgenza dell'ulcera duodenale abbia parte notevole la costituzione, poichè frequentemente tale malattia si osserva in individui neuropatici o neuro-artritici.

GIANNETTASIO. — A proposito di gastroenterostomia, se le statistiche dei Mayo ci dànno il 90 % di guarigioni si domanda perchè per tentare di guarire gli altri 10 casi si devono esporre tutti gli infermi ad atti operativi più gravi. Egli crede che perfezionando ancora la tecnica della gastroenterostomia si potranno togliere quelle che si dicono deficienze del processo.

PASCALE. — Intende riassumere brevemente il risultato dell'esperienza della sua clinica. Crede che ognuno debba sforzarsi di fare la diagnosi con tutti i mezzi che la clinica mette a disposizione ed è lieto constatare, a questo riguardo, che il radiologo ha messo nel giusto punto di vista l'importanza della radiografia.

Non è d'accordo col collega Ascoli circa il momento da lui indicato per l'atto operativo. Non si devono mandare al chirurgo infermi con gravi emorragie in atto perchè essi muoiono: quest'anno ha avuto due insuccessi in due infermi per queste condizioni.

Nei riguardi della gastroenterostomia, a prescindere dai perfezionamenti di tecnica, ad alcuni degli inconvenienti si è ovviato mediante l'esclusione pilorica e fra i mezzi di esclusione il migliore è certamente quello del Parlavecchio.

Adesso c'è una tendenza alla resezione; ma a lui pare che in questo senso si sia esagerato: gli è occorso di assistere a resezioni di quasi tutto lo stomaco!

A lui pare che nei casi comuni la gastroenterostomia sia l'operazione di scelta. In casi speciali si ricorrerà ad altre operazioni.

Replica dei Relatori.

ASCOLI. — Rispondendo ai varî oratori osserva anzitutto che nello svolgimento della sua relazione egli ha voluto circoscrivere il campo di essa all'ulcera duodenale cronica non specifica degli adulti. Ciò premesso ringrazia Brancati dell'osservazione citata ed aggiunge che egli nella sua statistica ha due casi riferentesi l'uno ad individuo di 7 anni, l'altro di 10 anni e nota che entrambi discendevano da famiglie nei cui componenti alcuni avevano sofferto di ulcera peptica. Circa l'importanza della costituzione, osserva che non esiste una costituzione propria all'ulcera duodenale e che anche il Bauer nel suo ultimo lavoro conclude che non esiste alcun nesso tra ulcera duodenale e costituzione di Stiegler e in genere tra ulcera duodenale e costituzione. Lo stesso Viola riconosce che anche altre costituzioni in particolari stati di nutrizione e di sviluppo possono disporre all'ulcera e Brancati ha detto più anzi che l'ulcera duodenale è frequente in individui robusti e peculiarmente nei gottosi.

Il Relatore non esclude che esistano delle disposizioni anatomiche proprie nei malati di ulcera; la stessa destro-posizione dello stomaco che veniva data come caratteristica dell'ulcera duodenale, può in gran numero di casi dipendere da una abnorme posizione congenita dello stomaco, ed aggiunge che statisticamente è stato constatato che nello stomaco ad uncino prevalgono le ulceri gastriche e in quello a corna di bue l'ulcera duodenale. Se le malattie croniche del fegato possono predisporre all'ulcera duodenale, fa rilevare come per altro oggi si ammetta dai più che i disturbi nella funzione del fegato siano secondari all'ulcera duodenale (ha citato già l'urobilinemia e i sintomi di insufficienza epatica nell'ulcera duodenale, ma può anche aggiungere che non è raro un certo grado di itterizia). Circa la presenza di periduodeniti e di diffusione di fenomeni flogistici al mesenterio, fa rilevare come ciò sia stato osservato anche nei casi di ulceri duodenali superficiali non accompagnate da fatti anatomici importanti e che certamente queste periduodeniti sono una delle cause per cui sia i dolori, sia i disturbi meccanici duodenali divengono permanenti.

Ringrazia il collega Donati del ricordo delle non rare forme di omentiti croniche di origine

non bene conosciuta, che costituiscono certo un capitolo importante nella patologia del peritoneo.

In accordo con l'osservazione del Manna cita 3 casi di osservazione personale concernenti tre individui affetti da ulcera duodenale, i quali durante la guerra rimasero in perfetto benessere, mentre in seguito ripresentarono i fenomeni dell'ulcera. Egli può pensare che allo sviluppo dell'ulcera contribuisca una alimentazione ricca e saporosa.

Per quanto concerne la questione dell'acido cloridrico, rileva che clinicamente soltanto nel 50, 60 % dei casi si ha un aumento dell'acido cloridrico e che numerosi sono i casi con acido cloridrico normale o deficiente.

Richiama l'attenzione sul fatto che il dolore da fame non è in rapporto con l'acido cloridrico, ma con spasmi della regione pilorica o con gastrospasmi totali o parziali. Riconosce con Devoto la importanza della determinazione della pepsina che in certi casi è stata trovata in aumento e nota l'importanza che ha l'esame del succo duodenale raccolto frazionatamente con reperto di succo alcalino negli individui normali, di succo acido per acido cloridrico libero e contenente sangue nei casi di ulcera duodenale. Avverte come esistano ulcerazioni superficiali del duodeno manifestantesi con gli stessi sintomi delle ulceri profonde, differenziabili soltanto talora con l'esame radiologico e all'autopsia riconoscibili quando esse siano cicatrizzate, in base all'esame istologico.

Circa l'importanza dei reperti radiologici riconosce che parecchi oratori non sono stati in pieno accordo con lui, ed afferma che il clinico deve giovarsi di tutti i mezzi che può avere a disposizione e rigorosamente valutarli e coordinarli per i fini della diagnosi. Egli non ritiene che si debba mettere sulle spalle del radiologo la responsabilità della diagnosi, ma per l'ulcera duodenale ritiene che se vi è contrasto tra il resto dei sintomi e il reperto radiologico, nella diagnosi il clinico deve giovarsi di tutti i mezzi che può avere a disposizion e rigorosamente valutarli e coordinarli per i fini della diagnosi. Egli non ritiene che si debba mettere sulle spalle del radiologico la responsabilità della diagnosi mai, ma per l'ulcera duodenale ritiene che se vi è contrasto tra il resto dei sintomi e il reperto radiologico, nella diagnosi il clinico deve con prove ripetute e rigorose e con il perfezionamento delle ricerche appianare il dissidio, fermo nel concetto che il reperto radiologico sia qui di suprema importanza.

A proposito della cura insiste sul fatto che il riposo e la dieta opportuna fanno rapidamente migliorare l'ammalato, e che gli studi moderni basati sull'esame radiologico hanno dimostrato che contemporaneamente al miglioramento clinico si ha la scomparsa di quelle nicchie funzionali poste in evidenza da Ackelung e la cui importanza è pari a quella delle nicchie anatomiche. Osserva che soltanto il 10 % dei malati di ulcera duodenale nel corso degli anni ha bisogno di operazione e che se fra questi vi è un numero notevole di guarigioni, rimangono peraltro non pochi casi senza miglioramento. In ogni evenienza la cura medica deve essere continuata anche dopo l'intervento chirurgico. Da ultimo l'O. conviene che il digiuno e l'alimentazione rettale siano utili, ma soltanto nei periodi acuti con emorragie, e che con tale metodo non si eviti la produzione di acido cloridrico la cui formazione è in certo modo indipendente dal cloruro di sodio introdotto.

È d'opinione che si debbano dare al malato gli alimenti necessari ad evitare ogni deperimento, e che importanza notevole abbia la qualità dei cibi essendo più adatti quelli non irritanti e senza sapore.

Il dott. Bastianelli desidera si stabilisca quando il medico deve *concedere* il malato al chirurgo; il R. risponde che in clinica regole assolute del genere è impossibile darne e che per l'ulcera duodenale ad etiologia multipla, a patogenesi complessa è più che mai impossibile determinare regole, e che la somma virtù del medico sta nell'individualizzare.

ALESSANDRI. — Non toccherà le questioni fatte riguardo all'etiologia e alla patogenesi dell'ulcera, perchè non se ne è occupato nella relazione.

Il prof. Schiassi però accenna ad un criterio di cura etiologico, che egli, nelle incerte nozioni su questo punto, non crede poter accettare; noi dobbiamo curare l'ulcera, qualunque ne sia la causa, e non subordinarne il trattamento ad ipotetiche teorie etiologiche.

Riconosce confortanti i casi riferiti dal prof. Donati e dal prof. Anzillotti: anch'egli ha osservato un caso nel quale ha dovuto praticare la g e. anteriore non riuscendo la posteriore, e che probabilmente appartengono allo stesso tipo osservato dal Donati.

I casi riportati dal Chiasserini confermano le sue affermazioni sull'indicazione della cura chirurgica.

Riguardo all'ipercloridria ha inteso con piacere che un clinico del valore del prof. Queirolo ha portato una conferma a quanto ha detto sul valore diagnostico di questo sintomo, mentre non è d'accordo su quanto hanno letto in argomento il prof. Devoto ed altri.

Insiste sull'importanza dell'esame col metodo di Rehfuss. Non avendo inteso alcuno portare il proprio parere sull'esame frazionato, crede sia stato poco applicato e invita i colleghi a volerlo usare.

Per l'esame radiologico è molto grato al prof. Perussia che ha avvalorato la sua tesi colla sua profonda competenza, dicendo che bisogna essere molto cauti nell'interpretazione e nel valore da dare non solo ai sintomi radiologici indiretti, ma anche a quelli diretti. Certo in alcuni casi i reperti sono caratteristici: ed egli ha mostrato alcune diapositive tipiche; ma non sempre è così. E ribadisce il concetto che il clinico non deve delegare ad altri la diagnosi, ma porla egli stesso basandosi su tutti i criteri dell'anamnesi e dell'esame, compreso, s'intende, quello radiologico, sempre importante.

In quanto all'ulcera peptica e alle comunica-

zioni fatte da Gussio, Baggio e Brancati dei loro esperimenti, ne rileva l'importanza grande per la patogenesi della lesione, lieto che la sua clinica abbia portato un così notevole contributo a questa questione, che non è ancora risolta, e che non è così semplice, come pare pensi il Giordano, che crede evitarla colla semplice gastroenterostomia spostata verso il cardias; nè basta la tecnica esatta della g. e. (Giannettasio) quale è stata fissata da Mayo ed altri già da tempo; oggi tutti la conosciamo e la mettiamo in opera; eppure talora seguono ulcere peptiche come ne hanno osservato i Mayo stessi con frequenza pressochè uguale.

In quanto alla cura è convinto che la cura medica come complemento all'operazione è d'importanza fondamentale. In quanto alle indicazioni rispettive della g. e. e della resezione conferma quanto ha esposto nella relazione.

Il prof. Queirolo fa un paragone su g. e. e alimentazione rettale, ma la g. e. è un mezzo di cura definitivo, mentre l'alimentazione per il retto, per quanto il Queirolo dica che si può prolungare di molto, certo non può farsi permanentemente; essa dunque rientra nei mezzi di cura medica, e su questi riconosce possa avere notevole importanza.

Al Parlavecchio osserva che non ha detto che l'esclusione debba essere abbandonata. Spesso è superflua perchè si ottengono buoni risultati colla g. e. semplice. Parecchi sostengono anche che all'esclusione segua più spesso la produzione della u. peptica. Se ciò sarà dimostrato veramente si dovrebbe abbandonare. In quanto al processo di esclusione ha fatto sempre l'esclusione alla Parlavecchio o tipi simili, e la crede preferibile per la sua semplicità e perchè essendo in genere temporanea, si può ammettere che l'ulcera peptica si produca meno spesso che coll'esclusione definitiva all'Eiselsberg.

E. TRENTI.
G. MATRONOLA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La nuova presidenza dell' Associazione Medici Condotti.

Il Congresso dei medici condotti, tenutosi a Bari il 14 ottobre u. s., ha proceduto alla votazione per la elezione della presidenza, la quale è risultata così costituita:

Dottori: Vaccino Achille, presidente; Luraschi Emilio, vice-presidente; Fatichi Giuseppe, Grassetti Pietro, La Placa Natale, Oliaro Guglielmo, Patricelli Vincenzo, Perraccini Giambattista, Ronconi Euclide, consiglieri; Carobbio Daniele, cassiere.

Del convegno daremo prossimamente un resoconto.

Nell'ordine dei Medici di Roma.

In base ai risultati delle elezioni avvenute nei giorni 8 e 22 ottobre 1922, ed a seguito delle adunanze degli eletti, tenutasi il 1° novembre corr., il Consiglio amministrativo dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma è risultato costituito come appresso: Gallenga dott. prof. Pietro, presidente; Guidi dott. prof. Luigi, vice-presidente; Dragotti dott. Giuseppe, segretario; Paparozzi dott. prof. Franc. Sav., tesoriere; Giannuzzi dott. Armando, Lugli dott. prof. Augusto, Zevi dott. Vittorio, consiglieri.

Rilevamento statistico concernente le sostanze stupefacenti.

Per l'art. 9 della Convenzione internazionale sull'oppio, firmata all'Aja il 23 gennaio 1922, il nostro Paese si è impegnato ad emanare apposite disposizioni al fine di limitare la fabbricazione, la vendita e l'impiego delle sostanze venefiche stupefacenti entro i confini richiesti e consentiti dai bisogni medicinali e legittimi. Per assolvere tale impegno è in corso di studio un complesso di apposite norme regolatrici della materia. Frattanto l'assemblea della Società delle Nazioni ha richiamato l'attenzione dei varî Stati — e tra essi del nostro — sulla grande importanza e sulla necessità nei riguardi del raggiungimento delle finalità cui mira la convenzione, di determinare, sia pure in via approssimativa, da una parte le quantità medie delle sostanze contemplate dalla convenzione, dall'altra la produzione delle cennate sostanze nei varî paesi, in modo che si possa arrivare alla possibilità di proporzionare questa a quelli: e in dipendenza di tali considerazioni, facendo propri i voti espressi dalla Commissione consultiva per il traffico dell'oppio della stessa Società delle Nazioni, ha fatto premure perchè nei varî Stati si proceda ad un apposito rilevamento statistico.

Per aderire a tale desiderio, la cui attuazione è giustamente sembrato atto preliminare indispensabile di una efficacia disciplinare per il traffico degli stupefacenti, il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha invitato i Prefetti a raccogliere dai Direttori delle Farmacie e delle Officine farmaceutiche esistenti nelle rispettive provincie i dati relativi al commercio ed alla produzione dell'oppio e suoi estratti, della morfina e suoi sali, dell'eroina e suoi sali, della dionina, della cocaina e suoi sali, dell'estratto di canape indiana, relativamente agli anni 1915 e 1921 in modo da avere elementi che si riferiscono a due periodi di tempo caratterizzati da assoluta diversità di condizioni, e tali, quindi, da consentire utili raffronti.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9702) *Esercizio professionale all'Estero.* — Dott. A. T. da R. — Per esercitare la professione medica in Germania bisogna premunirsi di diploma presso le locali Università. Fra l'Italia e la Germania non esiste alcuna reciprocità in materia di servizio sanitario.

(9703) *Tariffa sanitaria.* — Dott. V. R. da M. — Fino a quando non si formola e stabilisce di accordo una tariffa municipale, Ella può ben attuare quella dell'Ordine dei medici della Provincia.

(9704) *Concorsi.* — Dott. Artz. — Pel momento non è bandito alcun concorso per i posti indicati. Per il programma degli esami per ottenere la iscrizione nell'Albo come medico di bordo vegga il Decreto ministeriale del 26 aprile 1921, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 30 aprile 1921, n. 102.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BURGOS (*Sassari*). — Scad. 30 nov. Consor. con Esporlatua; L. 7500 oltre c.-v.; L. 500 arm. farm. e L. 500 uff. san.

CAPPELLA PICENARDI (*Cremona*). — Al 30 nov., con Cigognolo; L. 6500 residenza, L. 2000 per 1000 pov., addiz. L. 2; 6 aumenti decrescenti dal 30 al 5 %; L. 2500 trasp. (L. 4000 se vettura con cavallo); L. 500 uff. san.; L. 300 ambul.; casa disponibile, dietro canone di affitto. Serv. entro 15 g. ab. 2692.

LENOLA (*Caserta*). — Poveri L. 6000. Scade ore dodici del 1º dicembre. Scrivere Segreteria Comunale.

LESIGNANO DE' BAGNI (*Parma*). — Scad. 15 nov. L. 8000; cav. L. 3000; c.-v.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Scad. 10 nov. Cond. interna, 2000 pov. su 6047 abitanti; L. 6500 per 1000 poveri; addizionale di L. 250 ogni cento in più fino a 2000, c.-v.; cinque quinquenni dec. Considerazione pei titoli di chirurgia per coadiuvare l'attuale sanitario del Comparto chirurgico e succedergli quando lascerà il servizio. Servizio ospitaliero del riparto medico, quando l'Amministrazione lo richieda e dietro gratificazione stabilita.

MONTEFRANCO (*Perugia*). — Scad. 30 nov. L. 6000, due c.-v. e conveniente abitazione; tre quinquenni.

MONTERUBBIANO (*Ascoli P.*). — Scad. 15 nov. lire 6500 e dieci a. biennali ventesimo; due c.-v.

ORCIANO PISANO (*Pisa*). — Scad. 10 nov., L. 6000 e 5 quinq. dec., L. 2000 cav., L. 300 uff. san.

ORTANOVA (*Foggia*). — Scad. 10 nov. Per Ordona. L. 4500 pei pov., indennità malaria (un decimo dello stipendio) e doppio c.-v.

ORTONA DE' MARSI (*Aquila*). — Scad. 15 nov. Capoluogo, L. 6000 poveri e L. 100 uff. san.; c.-v.

PALERMO. *Ospedale Civico.* — Scad. 10 nov. Primario del reparto di terapia e diagnostica fisica, istituito dal Banco di Sicilia; L. 6000, c.-v. e tre quinquenni di L. 500. Compartecipazione sui proventi della cura e diagnosi a pagamento (25 %). Titoli; preferibili in radiologia. Limite di età 45 a.

QUISTELLO (*Mantova*). — Proroga al 10 nov. lire 9000 per un terzo della pop., L. 350 per ogni 100 pov. in più o frazione, 4 quadr. decimo, lire 4000 cavallo continuativo o automobile, L. 2500 cav. non cont. o motoc., L. 800 bic.

ROVESCALA (*Pavia*). — A tutto il 20 nov. Poveri L. 6500 residenziali e stipendio, L. 1000 addizionali per 1000 poveri o frazione (abitanti 2264); uffic. san. L. 300, alloggio comodo. Servizio entro 15 giorni dietro invito alla Sezione Pavia-Voghera dei M. C. Il Sindaco si è impegnato ad accogliere integralmente le disposizioni del capitolato tipo.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 30 nov. Terza cond., L. 6000 e otto trienni ventesimo; lire 2000 trasp.; c.-v.

S. VINCENZO VALLE ROVETO (*Aquila*). — Scad. 10 nov. III reparto, L. 6000 oltre L. 2000 cav., doppio caro viveri.

Il comune di Lapedona (Ascoli Piceno), 1600 ab., vicino al mare, con moderno Ospedale, cerca subitissimo medico chirurgo interino a tempo indeterminato con retribuzione di L. 40 giornaliere nette da ogni ritenuta; rimborso spese di viaggio, comoda abitazione gratis, per condotta piena a tutto il corrente anno e semi-residenziale ad aver principio nel successivo.

Medico-chirurgo, pratico condotte, cerca ovunque conveniente interinato.

Scrivere: Dott. G. Albergo - Sassofeltrio.

CONCORSI A PREMIO.

PREMIO BACCELLI. — È aperto presso la R. Università di Roma il concorso a un Premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro *al merito clinico*, fondazione dell'Istituto Nazionale Medico Farmacologico. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei Professori ed Assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani. Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 1.00) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui al precedente articolo, al Rettore della Università di Roma, non più tardi del 15 dicembre venturo. Alle istanze stesse debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica e della terapia medica. La Commissione, composta di cinque membri, fra i quali saranno compresi i Professori di Clinica medica, di Patologia medica e di Farmacologia, prenderà in esame i lavori e le pubblicazioni presentati dai candidati e indicherà possibilmente non più tardi del 20 febbraio 1923, il nome del vincitore, riferendo brevemente, con apposita relazione, le ragioni che la hanno indotta all'assegnazione del Premio. Gli atti della Commissione sono sottoposti alla revisione del Consiglio della Facoltà Medica e del Consiglio Accademico.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Costantino Amato, direttore dell'Ospedale Civile Italiano di Adalia (Anatolia), con *motu proprio* sovrano, per speciali benemerenze professionali, è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola medico-periziale giudiziaria e delle Assicurazioni Sociali.

Presso la Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica nella R. Università (via Balbi - Genova) sono aperte le iscrizioni all'annuale *Corso dei Periti Medico-Giudiziari e delle Assicurazioni Sociali,* istituito con decreto 20946, presso l'Istituto di Medicina Legale, in via Bertani, n. 5. Le iscrizioni, in numero limitato, sono riservate ai laureati in Medicina e Chirurgia, aspiranti al diploma, da conseguire dopo il corso e superate le prove d'esame, secondo le norme del regolamento universitario.

La domanda, col certificato di laurea, va rivolta alla Segreteria di Medicina della R. Università, via Balbi - Genova. La tassa di iscrizione al Corso è di L. 300.

N. B. — Si avverte che, in via eccezionale, nel corr. anno scolastico le lezioni e conferenze saranno raggruppate, e per quanto è possibile concentrate, in periodi speciali, in maniera da facilitarne la frequenza anche agli iscritti non residenti a Genova. *Insegnamenti*: infortunistica chirurgica e traumatologia, prof. Gustavo Lusena; infortunistica medico-legale, A. Peri; diagnostica anatomo-patologica, prof. A. Fabris; psichiatria forense, prof. Morselli; polizia giudiziaria, prof. Tomellini; medicina legale generale, prof. G. G. Perrando, direttore.

Riunione dell'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori

L'Associazione internazionale per la protezione legale dei lavoratori ha testè tenuto in Ginevra la sua decima assemblea, di cui formavano oggetto, fra gli altri argomenti, la nuova pubblicazione del Bollettino dell'Associazione, la cooperazione col Comitato permanente internazionale delle assicurazioni sociali e con l'Associazione internazionale per la lotta contro la disoccupazione, la propaganda per le ratifiche delle convenzioni internazionali di Washington, i risultati della inchiesta internazionale sui consigli di fabbrica, la protezione legale degli impiegati, e il lavoro nei porti.

Erano presenti una cinquantina di delegati degli Stati di Europa e d'America e del Giappone.

Tutto l'interesse dell'assemblea si è concentrato sulla questione della convocazione di un grande Congresso internazionale di protezione operaia nel 1923, Congresso caldeggiato da tutti i partiti che hanno per scopo il progresso sociale, e che avrà il fine di illuminare la coscienza mondiale sul punto di vista sociale e di tendere alla realizzazione delle riforme sociali.

Alberto Thomas, direttore dell'Ufficio Internazionale del Lavoro, ha indetto una riunione, in questo momento di crisi economica e di incertezza politica, mentre il movimento per le riforme sociali sembra affievolirsi o arrestarsi, allo scopo di attirare nuovamente l'attenzione dell'opinione pubblica sui grandi problemi sociali la cui soluzione sembra indispensabile alla pace del mondo. A questa riunione furono invitati il sen. Ferrero di Cambiano e l'avv. Foscolo Bargoni, presidente l'uno e direttore generale l'altro della nostra Cassa Nazionale di assicurazione per gli infortuni sul lavoro, l'on. D'Aragona, l'on. Piemonte, l'on. Cabrini, il prof. Corsi ed il dott. Di Palma Castiglione.

Propaganda Nord-Americana nel Sud-America.

L'Associazione Medica Nord-Americana pubblica una speciale edizione del suo giornale in lingua spagnola, che è largamente passiva, per quanto la metà delle spese sia sostenuta dalla «Rockefeller found».

Questa spesa è giustificata dal «Board of Trustees» del recente Congresso di St. Louis colla affermazione che il Centro e il Sud-America è sensibilmente infeudato alla Germania (*depended almost entirely on Germany*) e in minima parte alla Francia per la letteratura giornalistica medica.

L'edizione spagnola del giornale è fatta per far presente ai confratelli parlanti spagnolo *that the medical profession of the U. S. is in the vanguard in advancing medical science.*

L'edizione spagnola del giornale ha una diffusione di 3469 copie, di cui 648 al Messico, 487 a Cuba, 396 in Argentina, 379 in Spagna, 269 in Brasile, 241 nelle Filippine, 184 in Cile, 109 in Columbia. Da tener presente che l'edizione originale del giornale dell'Associazione ha fuori degli Stati Uniti una diffusione limitata a 2828 copie.

(*Pathologica*).

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. Pozzi, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 13 Novembre 1922 Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. FRANCESCO PURPURA.

Modificazioni del testicolo e dello epididimo in seguito alla resezione di alcune delle vene spermatiche.

Ricerche sperimentali.

Dott. GIUSEPPE NICASTRO, assistente

Ho intrapreso per consiglio del mio Maestro, prof. Francesco Purpura, uno studio sperimentale sui cani per chiarire quello che avviene nel didimo e nello epididimo, in seguito alla resezione delle vene spermatiche. Tale studio sperimentale avrebbe potuto portarci a considerazioni relativamente alle operazioni che si praticano per il varicocele nell'uomo.

Ho voluto, per dire più precisamente, ricercare quali fatti si verificano nel didimo e nel l'epididimo dopo la resezione di una parte o di un'altra delle vene spermatiche.

Il cordone spermatico del cane contiene muscoli lisci e le vene spermatiche sono poste fra le fibre muscolari: dette vene però, sempre insieme alle fibre muscolari, in prossimità del polo superiore del testicolo, sono sfioccate e, mentre in numero quasi eguale, alcune vengono fuori dall'epididimo e da un tratto del didimo, le altre provengono solamente dal didimo. Per tale costituzione anatomica possiamo distinguere un gruppo di vene posteriore ed uno anteriore.

La tecnica operatoria, da me eseguita, è stata sempre la stessa. Preparata la parte, praticavo un taglio nella regione inguinale, portandomi da molto in alto fino allo scroto, che incidevo pure in piccola parte. Indi, raggiunte le vene del cordone spermatico, facevo in catgut la legatura or di quella parte di vene che fuoriescono dal didimo e dall'epididimo, ora di quella parte di vene fuoruscenti solo dal didimo: seguivo verso l'alto, distaccandole con un punta ottusa, il gruppo delle vene già legato in basso e praticavo una seconda legatura a quattro-cinque centimetri dalla prima: escidevo indi il tratto compreso fra le due legature.

I risultati, che ho potuto constatare, sono i seguenti:

Esiste una notevole differenza di comportamento del parenchima testicolare in seguito alla resezione del gruppo posteriore o anteriore delle vene spermatiche.

Mentre nella ghiandola, sottoposta alla resezione del gruppo anteriore, si mettono in

evidenza alterazioni apprezzabili del parenchima testicolare e si assiste in seguito ad una completa reintegrazione della circolazione dopo un non lungo periodo di tempo, negli animali invece, trattati con la resezione del gruppo posteriore, si osservano, fin dai primi giorni dopo l'intervento, focolai necrotici ed alterazioni interstiziali, che per un certo periodo sono caratterizzati da infiltrazione leucocitaria ed, in seguito, da una neoformazione connettivale fibroblastica, la quale invade le zone necrotiche e si sostituisce ad esse.

Si viene a riprodurre in tal modo il quadro della sclerosi testicolare, che contrasta in modo evidente, tanto macroscopicamente che microscopicamente, con la mancata alterazione del testicolo sottoposto alla resezione del gruppo venoso anteriore. Le alterazioni del parenchima testicolare vanno in certi tratti dalla necrosi alla calcificazione: le fasi iniziali si constatano nei primi giorni dopo l'intervento e si segue il processo delle alterazioni interstiziali fino alla sclerosi fibrosa, la quale si rivela dopo tre mesi circa dallo intervento.

Questi dati di fatto, confermati in tutte le ricerche eseguite con evidenza tale da non ammettere alcun dubbio sulla interpretazione dei risultati, fanno pensare alla possibilità di un riscontro nella patologia del testicolo umano, riguardo al quale anzi è comparsa, mentre già erano in corso le mie esperienze, una comunicazione del prof. Bernabeo. Questi, basandosi su considerazioni di anatomia normale e patologica delle vene del cordone spermatico nonchè sul risultato avuto negli ammalati da lui operati, in una comunicazione fatta nel maggio 1921 alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli consigliava di aggredire, nella cura operativa per il varicocele dell'uomo, il gruppo anteriore delle vene, rispettando il gruppo posteriore.

Volendo dare una spiegazione dei fatti, da me rilevati, è verosimile ammettere che probabilmente esistono vie di comunicazione più estese per il gruppo anteriore anzichè per il posteriore o che il gruppo posteriore abbia una specifica funzione nutritizia del parenchima del didimo; tanto più che l'epididimo tanto nell'un caso che nell'altro non rimane danneggiato.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÁ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sull'eritema polimorfo.

(Contributo clinico)

Dott. CASIMIRO MANASSEI.

L'etiopatogenesi dell'eritema polimorfo è rimasta ancora oscura, nonostante le molte ricerche di cui è stata oggetto. Mentre ancor oggi alcuni tendono a classificarlo tra le malattie di origine cosiddetta reumatica, altri, e sono discreto numero, lo vorrebbero mettere in rapporto con l'infezione tubercolare; circa però le modalità anche di quest'ultima evenienza, i ricercatori sono tutt'altro che d'accordo: infatti mentre alcuni lo considererebbero espressione di tubercolosi latente o evolvente torpidamente, altri lo mettono in rapporto con forme tubercolari a decorso acuto: tra questi ultimi annoveriamo lo Stokes che ha recentemente descritto un caso di tubercolosi miliare con eritema nodoso, del quale è nota l'affinità clinica e patogenetica coll'eritema polimorfo, come del resto è nota la possibilità nello stesso individuo di manifestazioni contemporanee spettanti all'una ed all'altra malattia (Martinotti, Klebe). In questo caso dello Stokes l'apparizione delle manifestazioni cutanee avrebbe coinciso con l'insediarsi dei tubercoli miliarici nei vari organi, come risultò dalla autopsia. Altri descrive casi di eritemi polimorfi e nodosi di origine luetica (Mc Ewen, Klebe).

Avendo avuto degente nell'Istituto durante circa due mesi una malata di eritema polimorfo, che ha presentato alcune anomalie morfologiche e del decorso clinico, e che per le modalità con cui è apparso può forse rischiarare alquanto il problema etiopatogenetico di detta forma morbosa, abbiamo creduto utile pubblicare il caso.

STORIA CLINICA. — T. G., di anni 18, donna di casa, nata e domiciliata in Roma, nubile.

Gentilizio negativo. La paziente è nata a termine da parto eutocico, ha avuto allattamento materno, si è sviluppata regolarmente. Mestruata a tredici anni: ebbe le regole per alcuni mesi, poi, essendo sopravvenuto uno stato di anemia, sembra abbastanza grave, fu amenorroica per cinque mesi: in seguito ad una cura di sali ferrosi per iniezioni i mestrui si ristabilirono regolarmente e tali si sono mantenuti fino al presente.

Malattie pregresse: febbre tifoide all'età di dodici anni, reumatismo articolare acuto a quindici anni.

Ha abitato sempre case asciutte e bene aereate; si è nutrita sufficientemente; non beve vino, nè ha altre abitudini nocive.

L'attuale malattia ha avuto inizio verso i primi giorni del gennaio u. s.: la paziente venne colta da angina accompagnata da febbre non molto alta: dalle tonsille infiammate veniva emessa, pur senza apparente soluzione di continuo, una discreta quantità di sangue. Con l'uso di un colluttorio e con la somministrazione di antipiretici tali fatti morbosi cessarono, tanto che la paziente lasciò il letto: avendo però preso un bagno tiepido, la temperatura aumentò di nuovo e si presentarono contemporaneamente intensi dolori articolari, specialmente delle articolazioni della spalla, del gomito, del ginocchio, e tibio-tarsica di ambo i lati. Inoltre la paziente notava un'eruzione maculo-papulosa, di colore roseo, specialmente localizzata sull'addome ed in minor quantità sugli arti superiori ed inferiori. In questi ultimi giorni l'inferma ha anche notato lievi edemi perimalleolari che insorgevano dopo qualche ora di stazione eretta. Accusa, oltre i fenomeni già citati, notevole astenia e scadimento delle forze. Non ha mai avuto tosse nè affanno, nè altro fatto morboso degno di nota. Vedendo che i disturbi non cessavano, ha chiesto ricovero in Ospedale dove entra il 2 marzo 1922: il giorno seguente viene trasferita nell'Istituto.

Alvo, diuresi e minzione regolari: appetito scarso e così pure il sonno.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali discrete. Sensorio integro. Facies indifferente. Possibile qualsiasi decubito.

Costituzione regolare, gracile. Nutrizione scaduta.

Cute: lieve cianosi dei pomelli e delle pinne del naso. Su tutto l'ambito cutaneo si riscontrano numerose maculo-papule, di colorito roseo tendente al rameico, di forma ovoidale, discoidea e circinnata, con margini netti, della grandezza da quella di una lente a quella di una moneta da un soldo, vecchio conio. Specie sull'addome le maculo-papule sono grandi e confluenti tra loro in modo da assumere aspetto festonato: così pure sull'addome si nota una maggiore elevatezza delle papule, sì che in taluni luoghi somigliano addirittura a pomfi. Alcune papule inoltre si presentano con la parte centrale alquanto depressa, di colorito alquanto più chiaro del cercine rossastro che le circonda e si eleva nettamente sulla cute circostante.

L'eruzione è prevalente sull'addome e sul torace, sia anteriormente che posteriormente, ma si notano anche macule e papule in discreta quantità in corrispondenza delle regioni estensorie degli arti, specie in prossimità dell'articolazione del gomito e del ginocchio e nella regione antero-interna delle coscie e delle gambe. I dorsi delle mani e dei piedi sono indenni.

Tali manifestazioni sono indolenti e non pruriginose: non presentano desquamazione. Impallidiscono, ma non scompaiono totalmente alla pressione.

Mucose visibili: lieve cianosi dei prolabî.

Pannicolo adiposo scarso. Muscoli flaccidi. Ossa dolenti spontaneamente, specie durante la notte, poco alla palpazione. Articolazioni: come le ossa; non presentano alterazioni visibili.

Gangli: alcuni, grandi da un grano di frumento a un fagiuolo, di consistenza molle-elastica, spostabili, indolenti, agli inguini ed alle ascelle: assenti alle regioni cervicali: piccolo ganglio all'epitroclea sinistra.

Lingua: con lieve patina biancastra, umida.

Pupille uguali, di media ampiezza, reagenti alla luce e all'accomodazione.

Polso frequente (120), piccolo, ritmico, a pressione bassa. Temperatura: 37°,4.

Apparato respiratorio: torace allungato; angolo epigastrico acuto; respiro di media frequenza, ritmico, a tipo costale superiore; fremito vocale tattile conservato su tutto l'ambito respiratorio; nulla di anormale alla percussione ed all'ascoltazione.

Apparato cardiovascolare: itto puntale visibile e palpabile al 5° spazio, al di fuori dell'emiclaveare. Confine destro debordante un dito dalla marginale, confine sinistro leggermente ingrandito: orecchietta destra un po' grande. Ipofonesi sopracardiaca leggermente debordante. All'ascoltazione: alla punta 1° tono abolito, intenso rumore musicale che occupa tutta la sistole, 2° tono forte. I secondi toni alla base sono accentuati, specialmente il 2° tono sulla polmonare. Il rumore sistolico musicale è più intenso alla punta e si propaga su tutti i focolai e al dorso.

Addome: di volume e forma normale, trattabile, indolente. Il fegato deborda un dito dall'arco: è indolente. Non si palpa la milza. Non vi è liquido libero nel cavo peritoneale.

Genitali esterni: nulla di patologico.

Sistema nervoso: nulla si riscontra di anormale.

Esami di laboratorio. — Orine: assenza di ogni reperto patologico.

Cutireazione: debolmente positiva dopo 24 ore.

Esame radiologico. — Torace: apice destro ristretto e velato; adenopatia ilare e perilare bilaterale; diffuse strie; velatura della sottoapicale destra con qualche granulo d'ombra; diaframma destro meno mobile. Cuore: sintomi radiologici d'insufficienza mitralica.

Esame del sangue. — Emoglobina: 88; globuli rossi: 4,800,000; leucociti: 9400; valore globulare: 0.91.

Formula leucocitaria: polimorfonucleati neutrofili: 52 %; eosinofili: 1 %; basofili: 0 %; forme di passaggio: 4 %; grandi mononucleari: 10 %; linfociti: 33 %.

Nel sangue non si nota presenza di parassiti malarici.

Reazione di Wassermann: negativa una prima volta durante il periodo florido dell'eruzione cutanea; negativa una seconda volta durante un periodo di latenza delle manifestazioni morbose; si tenta di riattivarla mediante iniezione di un preparato antiluetico: riesce ancora negativa.

Reazione di Sachs-Georgi: negativa nelle medesime condizioni della reazione di Wassermann.

Emocultura: negativa.

Esame rino-laringologico (durante un periodo in cui la paziente aveva frequenti epistas-

si): abnorme irrorazione della mucosa della narice destra; non punti sanguinanti, nè varici del setto. Tonsillite cronica bilaterale.

Decorso: modica piressia che persiste sino al 5 marzo (38°-39°, a tipo intermittente).

8 marzo: l'esantema urticariforme e i dolori articolari sono scomparsi; segni cardiaci invariati.

11 marzo: ricompaiono i dolori al gomito destro, polso, spalle e torace anteriore: ha affanno e vomito; non manifestazioni cutanee. Tali condizioni si mantengono sino al 24 marzo, quando vengono lentamente a cessare.

30 marzo: tonsille e faringe vivamente arrossate; ricomparsa di modica febbre, con acme serale (37°.5-38°).

3 aprile: persiste arrossamento e dolenzia del faringe. Ricomparsa di maculo-papule di colorito leggermente rameico, a forma discoidea, sulla cute di tutto il corpo. La grandezza delle maculo-papule varia da quella di una lente a quella di una moneta da due centesimi. Sono indolenti e non pruriginose. Ha sempre dolori ossei ed articolari, più sensibili durante le ore notturne.

5 aprile: apiressia; ha avuto abbondante epistassi durante la notte.

8 aprile (visita del mattino): presenta ancora alcune maculo-papule appena elevate su la cute circostante, di grandezza quanto quella di una lente, di colore roseo, disposte prevalentemente sulla cute delle superfici anterointerne delle coscie, sull'addome e sui fianchi. Alla controvisita serale (ore 20-21) l'eruzione è totalmente scomparsa.

Condizioni buone sino al 13 aprile: assenza di qualunque manifestazione morbosa, se se ne eccettuino beninteso i segni cardiaci.

14 aprile: tutta la notte ha avuto dolori alle spalle.

15 aprile: epistassi abbondante; modico arrossamento e dolenzia delle tonsille e del faringe.

16 aprile: alla visita serale si nota eritema urticariforme con le stesse caratteristiche più volte citate, non pruriginoso; detto eritema persiste per una dozzina d'ore, poi scompare. La inferma ha avuto ancora epistassi; persistono i dolori articolari.

19-22 aprile: si hanno ancora abbondanti epistassi.

L'ammalata esce il 2 maggio 1922, guarita; permangono naturalmente i segni ascoltatori dell'insufficienza mitralica.

All'ingresso nell'Istituto dell'inferma di cui abbiamo riportato i tratti salienti della storia, la piressia, i fatti articolari ed il reperto cardiaco fecero senz'altro volgere la mente al reumatismo articolare acuto. Restava però a trovare la ragione dell'eruzione molto appariscente presentata dall'ammalata: sono, è vero, descritti nei trattati dei casi di reumatismo articolare acuto con eruzioni, ma queste mantengono sempre il carattere di manifestazioni di secondaria importanza, sia per il carattere loro che per l'estensione che assumono, mentre che nel caso in discorso era precisamente il contrario.

La morfologia dei singoli elementi poteva far pensare piuttosto ad una manifestazione secondaria luetica, in secondo luogo ad una eruzione di orticaria, infine come ultima ratio ad un eritema polimorfo.

Per arrivare alla diagnosi di infezione sifilitica mancavano però altri elementi importanti: con un'eruzione cutanea di entità cospicua come quella descritta, non si avevano manifestazioni secondarie di sorta a carico delle mucose sia buccale che genitale: mancava ogni accenno di ingorgo ganglionare nelle sedi di predilezione (cervicali ed epitrocleari) giacchè la piccola glandola all'epitroclea sinistra era da mettere evidentemente in rapporto con una ferita da taglio infettata, prodottasi dalla paziente cadendo, al terzo inferiore dell'avambraccio omonimo, ferita che con cure adeguate, dopo due settimane di degenza guarì.

La reazione di Wassermann, eseguita due volte, l'una durante il periodo florido della malattia, l'altra durante un periodo di latenza delle manifestazioni morbose, rimase nettamente negativa.

Si tentò, per scrupolo, di riattivarla, provocando nella paziente, mediante iniezione di adatto preparato antiluetico, una reazione di Herxheimer; ma questa non si ebbe e la reazione di Wassermann rimase ancora negativa: nelle stesse condizioni riusciva negativa anche la reazione di Sachs-Georgi.

La lue infine dovette essere del tutto esclusa, giacchè da una tentata cura specifica la paziente non risentì alcun vantaggio.

Si potevano considerare le manifestazioni cutanee come un semplice fatto di orticaria, insorta accidentalmente durante il decorso di un reumatismo articolare acuto, quantunque a rigore la morfologia dell'esantema non fosse molto probativa per tale supposizione: a favore di questa militava il fatto della abbastanza rapida scomparsa delle maculo-papule e della variabilità di esse, sia per ciò che riguarda la forma che per la grandezza.

Ma se si consideri che nella nostra malata mancava del tutto, nonostante l'imponente eruzione, ogni traccia di prurigine, che viene unanimemente dagli autori classificata tra i caratteri fondamentali dell'eruzione di orticaria, si concluderà come noi abbiamo concluso che non si trattasse neanche di questa affezione.

Inoltre nè precedentemente all'ingresso in Ospedale, nè durante la degenza, l'inferma fece uso di sostanze alimentari o di medicinali

che sogliano provocare eruzioni di orticaria od urticariformi: in più non si aveva traccia di disturbi gastro-intestinali nè la malata aveva mai sofferto precedentemente di manifestazioni morbose simili a quelle descritte.

Per ammettere poi che si trattasse di eritema polimorfo mancavano parecchi fatti: anzitutto nel caso in esame era presa più la cute del tronco e dell'addome che non quella degli arti, che si sa essere prevalentemente e primitivamente affetta nell'eritema polimorfo; poi i caratteri dell'eruzione non erano molto nettamente probativi per la detta forma morbosa: mancava tra l'altro ogni traccia di sollevamento dell'epidermide con formazione di vescicole.

Si pensò anche ad un'endocardite da streptococco viridans, ma, lasciando da parte ogni altro sintoma, mancava la febbre alta, le petecchie, l'anemia grave e progressiva, il tumor di milza: il decorso infine non era davvero favorevole a tale diagnosi; in più l'emocultura riusciva ripetutamente negativa.

Che non si trattasse di manifestazioni cutanee che talora appaiono durante la malaria, lo dimostrò il reperto ematico, ripetutamente negativo pei parassiti malarici, ed il tipo febbrile.

La diagnosi differenziale con la febbre eruttiva descritta dal Carducci si faceva facilmente, considerando quale sia in questa il carattere, la sede, il decorso delle manifestazioni cutanee (eruzione diffusa a tutto il corpo, elementi numerosissimi, piccoli, ravvicinati, uguali tra loro e separati da piccoli tratti di pelle sana, senza margini nè depressione centrale, evolventi con molta lentezza e persistenti a lungo, permanenza del colorito sino alla fine della malattia) e delle manifestazioni generali (prevalenza dei fatti generali sui locali, febbre alta, dolori muscolari anzichè osteoarticolari, ecc., ecc.).

Dal Falcioni venne nel 1920 descritta una forma affine agli eritemi polimorfi e ad alcune porpore: ma anche da questa la sindrome morbosa in esame si poteva differenziare quando si ponesse mente che nella forma di Falcioni le manifestazioni cutanee non subiscono mai cangiamenti nè sono accompagnate da elementi di altro aspetto e scompaiono definitivamente, con impallidimento progressivo, a convalescenza inoltrata, la febbre raggiunge presto i 40° gradi, si hanno mialgie, si hanno di frequente turbe gastroenteriche, cefalea, albuminuria, fatti tutti che nella nostra malata mancavano.

L'inferma, apirettica da qualche giorno, scomparsa ogni manifestazione cutanea ed i dolori articolari, venne il giorno 30 marzo colta da intensa angina: il faringe e le tonsille si presentavano vivamente arrossate: lo stesso giorno insorse febbre non molto alta (38°) con acme nelle prime ore della sera, a tipo intermittente. Dopo tre giorni sulla cute di tutto il corpo si notava la comparsa di maculo-papule di colorito leggermente rameico, a forma discoidea, la cui grandezza variava da quella di una lente a quella di una moneta da due centesimi, con gli stessi caratteri della eruzione presentata al momento dell'ingresso nell'Istituto: nello stesso tempo la paziente si lamentava di intensi dolori ossei ed articolari.

L'eruzione ed i dolori persistettero sino al giorno 8 aprile: durante la visita mattinale di detto giorno erano ancora chiaramente visibili le maculo-papule, di colore roseo, grandi quanto una lente, poco elevate sulla cute circostante, disposte prevalentemente sull'addome, sui fianchi e sulle superfici antero-interne delle coscie: alla sera l'eruzione era totalmente scomparsa.

L'inferma, apirettica durante sei giorni, non presentava più alcuna manifestazione morbosa, quando di nuovo il 15 aprile venne colta da epistassi abbondante, intensi dolori osteoarticolari ed eritema urticariforme, che, presentatosi alla sera con tutti i caratteri delle precedenti eruzioni, al mattino seguente era totalmente scomparso. I dolori persistettero ancora poco tempo: non così invece le epistassi che si ripeterono frequenti ed abbondanti e cessarono solo il giorno 22 aprile, dopo intensa somministrazione di preparati emostatici per os e applicazioni locali di pomate astringenti.

Da quanto si è detto appare evidente che la inferma, cessate le prime manifestazioni (angina, esantema, dolori osteoarticolari, febbre) per le quali aveva chiesto ricovero in Ospedale, era andata incontro a due ripetizioni pressochè identiche della sindrome già presentata, ripetizioni probabilmente dovute ad una nuova infezione, dato sopratutto che i fatti morbosi già citati erano stati preceduti da faringo-tonsillite acuta.

Si veniva in tal modo a rivelare anche la porta d'ingresso del germe e ad avvalorare la ipotesi che si trattasse di una affezione reumatica a manifestazione cutanea, cioè in ultima analisi di un eritema polimorfo.

S'intende naturalmente che la flogosi cronica faringo-tonsillare di cui l'inferma era portatrice, costituendo un locus minoris resistentiae, veniva a favorire queste reinfezioni.

Venimmo pertanto alla conclusione che si trattasse di una forma di eritema polimorfo, forma però atipica, in quanto nè le manifestazioni cutanee erano caratteristiche, nè soprattutto caratteristica la sede loro: come si è già visto, nell'eritema polimorfo le sedi di elezione sono anzitutto il dorso delle mani e dei piedi, poi la faccia estensoria dell'articolazione dei gomiti e delle ginocchia, quindi le palme delle mani e le piante dei piedi, infine il tronco ed il viso: nella nostra malata invece per ordine d'importanza erano presi anzitutto l'addome ed il torace, poi le regioni estensorie delle articolazioni dei gomiti e delle ginocchia; erano invece completamente indenni il dorso delle mani e dei piedi, le palme delle mani e le piante dei piedi, il viso.

In più tali eruzioni erano molto variabili nei loro caratteri da un giorno all'altro e talvolta dalla mattina alla sera e si presentavano e scomparivano con abbastanza grande rapidità, caratteri tutti che non sono propri dell'eritema polimorfo.

Inoltre ci sembra interessante e degno di nota il fatto che nonostante la paziente abbia presentato più volte tendenza alle emorragie tonsillari e nasali, anche abbondanti, le manifestazioni cutanee non abbiano mai rivestito carattere emorragico, come facilmente si sarebbe potuto aspettare. Evidentemente i vasellini tonsillari e della mucosa nasale presentavano una maggiore labilità in confronto dei vasellini cutanei: questo forse si può mettere in rapporto con lo stato di flogosi cronica faringo-tonsillare che abbiamo visto trovarsi nella nostra inferma.

Circa i rapporti che molti autori hanno stabilito tra infezione tubercolare ed eritema polimorfo, considerando questo come espressione della tossiemia tubercolare, non possiamo nel caso in esame mettere in evidenza un rapporto sicuro tra l'apparizione delle manifestazioni cutanee e l'esistenza nella malata di un processo specifico allo stato di latenza: il quadro radiologico e la cutireazione dimostravano, è vero, che quantunque clinicamente nulla si rilevasse l'inferma non era indenne da lesioni tubercolari del polmone, ma l'apparizione ed il decorso dell'eruzione, in evidente rapporto con le esacerbazioni della flogosi faringo-tonsillare, ci sembra portino piuttosto a concludere per un nesso di causa ad effetto tra queste e quella: si può in ogni modo pensare che l'infezione tubercolare latente abbia, se non provocato, facilitato (non fosse altro per lo stato di minorata resistenza organica) l'attecchimento dei germi destinati a dare le manifestazioni cutaneo-articolari.

***

Al chiarissimo prof. A Zeri, Direttore dell'Istituto, vadano i nostri ringraziamenti per averci consigliato nelle ricerche attinenti al presente caso ed averne permessa la pubblicazione.

RIASSUNTO.

Si illustra un caso di eritema polimorfo che ha presentato notevoli difficoltà diagnostiche, per l'atipia delle manifestazioni cutanee, si riassumono le principali diagnosi differenziali, si mettono in rilievo alcune particolarità del caso (reinfezione, rapporto con le diatesi emorragiche e con l'infezione tubercolare).

Roma, luglio 1922.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre i consueti trattati di Dermatologia, di cui per brevità si omette la citazione, sono state consultate le seguenti pubblicazioni:

BARBER H. W. Proc. Roy. Soc., 14, 89, september 1921.
BIGNAMI. Rivista Ospedaliera, 1911, n. 2.
BRUNS. Arch. f. Dermat. u. Syph. 135/109, 1921.
CADBURY W. W. Med. Rec., 100, 1033, 10 december 1921.
CARDUCCI. Rivista Ospedaliera, 1920, n. 9.
CESARI G. *La febbre eruttiva* (forma speciale descritta dal CARDUCCI). Ed. Cesari, Ascoli, 1921.
FALCIONI D. Policl. Sez. prat., 1920, p. 385.
GOLDSTEIN. J. M. Soc. New Jersey, 19, 50, febbraio 1922.
HOLLANDER. Arch. of Dermat. and Syph., gennaio 1920.
KLEBE. Arch. f. Dermat. u. Syph., 1921.
LOUSTE. Paris méd., 1920, n. 10.
MC EWEN E. L. Arch. of Dermat. and Syph., 1922, n. 1.
MARTINOTTI L. Liguria Medica, n. 3, 1912 (ricca bibliografia).
PESTALOZZA C. La Pediatria, luglio 1919.
REBAUDI U. *Sui fenomeni anafilattici nel campo dermatologico.* Genova, Stab. Art. Tip., 1920.
STEIN. Wien. Dermat. Gesellschaft.
STOKES. Arch. of Dermat. and Syph., gennaio 1921.
SCHWARTZ. New York Dermat. Soc., 25 oct. 1921.
WALKER WARREN. Philadelphia Dermat. Soc., 10 oct. 1921.
WILLIAMS. New York Dermat. Soc., 22 novembre 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

Fremito idatideo in malattia non idatidea. (1)

Dott. D. MASELLI
assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

Se in questi ultimi tempi non si fosse sentito parlare di nuovo del così detto fremito idatideo, risollevando questioni semeiologiche e cliniche messe quasi del tutto a tacere dai più sperimentati e ben avveduti osservatori, influenzando così l'opinione dei pratici forse indirizzata per la buona via, io avrei ritenuto del tutto superfluo pubblicare questo caso, somigliante in sostanza a parecchi altri già esistenti nella letteratura, ed avrei preferito di conservarlo nella mia memoria così come si conservano tanti dati che, già noti ieri agli altri, ed oggi anche a noi, contribuiscono in fondo esclusivamente alla formazione della personale esperienza.

Nessun altro proposito mi spinge dunque a riferire quanto mi è occorso di osservare, e che or ora in breve comunicherò, se non quello di desiderare che il caso studiato, per sè stesso e per le considerazioni che ci offrirà di trarre, possa servire a rendere assai guardinghi i più dall'assegnare al fremito idatideo qualsiasi valore specifico ed a rinsaldare la diffidenza di coloro che, per continue constatazioni e per acquisita cultura, fanno del segno suddetto il conto meritato.

Cellini Giuseppe, di a. 65, da Roma, è ricoverato all'Ospedale di S. Spirito in Roma, Reparto Cronici (Sala Baroni) per tumore della prostata con metastasi diffuse ai gangli inguinali e cachessia avanzata. L'infermo non tollera assolutamente il catetere a permanenza postogli nei primi tempi e si è costretti così ad evacuargli la vescica ogni qual volta, per le frequenti crisi di ritenzione di urina cui andava soggetto, si stimasse necessario. Una notte (febbraio 1921), durante il mio servizio di guardia, son chiamato al letto del paziente che, in preda a violenti dolori, faceva inani sforzi per urinare. L'infermiere aveva invano tentato in precedenza, ed a più riprese, di introdurre un catetere in vescica.

All'ipogastrio si palpa la vescica ripiena e spinta fin quasi all'ombelico. Nel delimitare l'organo con la percussione, in corrispondenza della parte più alta e prominente della tumefazione, ho la strana sensazione di percepire un fremito del tutto simile a quello idatideo e che la manovra di Davaine mi fa apprezzare in modo classico. Più volte ripetetti la prova e più volte, sempre nello stesso punto e per un tratto assai ristretto, riconfermai con precisa chiarezza la sensazione avuta.

Quando più tardi riuscii ad introdurre una grossa Mercier in vescica constatai che dalla sonda usciva a gocce urina fortemente ematica: con una siringa aspiro numerosi piccoli coaguli dopo i quali comincia a fuoriuscire più liberamente l'urina ma sempre in scarsissima quantità: la vescica non si vuota che assai parzialmente: trattengo in sito il catetere, ma l'infermo lo strappa più tardi, ed emette allora, con dolori, abbondanti coaguli sanguigni di grandezza e forma varia, e circa 300 cc. di urine ematiche.

Caso più dimostrativo, più eloquente di questo?

E bene, ecco: se ragioni di correttezza non mi obbligassero ad astenermi dal diffondermi in particolari, io sarei tentato di riferire quì più a lungo di un altro caso, altrettanto istruttivo e chiaro, che pochi mesi dopo, nell'Ospedale di S. Giovanni, la cortesia del prof. De Fabi e del prof. S. Marinacci, mi permettevano di esaminare. Ma di questo assai meglio di me saprà parlare e da ben altro punto di vista il prof. Marinacci. Trattavasi di una cisti ematica del grande omento (reperto operatorio) in cui il fenomeno del fremito idatideo, sentito da tutti noi avanti l'operazione, era oltremodo netto, caratteristico ed abbastanza costante. In questo caso era altrettanto chiara la risonanza idatidea (Santini).

È dunque a me accaduto un fatto ben strano: di dover riscontrare cioè due volte il fremito idatideo, e in un brevissimo spazio di tempo, in malattie per nulla dovute ad echinococco mentre mai mi è occorso finora di doverlo ritrovare in parecchie cisti da echinococco che ho potuto esaminare e che, per la loro ubicazione, si prestavano bene alla ricerca.

La stranezza dell'evenienza potrebbe quasi quasi spingere a trarne conseguenze paradossali. Ma questo paradosso, ben facile ad intendersi, forse varrebbe la pena di enunciare, perchè venisse meglio ricordato nel suo intimo significato e perchè, ricollegato a quanto segue, meglio servisse a renderci conto di come stanno le cose.

1° Il fremito idatideo è, tranne il parere di pochissimi, per asserto di illustri medici e di modesti cultori dell'Arte, ma di provata esperienza, un fenomeno assai raro a rinvenirsi nelle cisti da echinococco nell'uomo.

(1) Comunicazione fatta al XXVIII Congresso di Medicina Interna.

Finsen, che riferisce una statistica numerosa, dice di non averlo mai osservato su 235 casi.

2° Il fremito idatideo si riscontra, ed anche quì assai di rado, in lesioni che nulla hanno a che vedere con l'echinococco.

3° Il fremito idatideo nelle malattie non prodotte da echinococco, è stato riscontrato in quei casi in cui la produzione patologica era o una cisti in senso proprio con contenuto liquido e semiliquido, o una formazione alle cisti fisicamente paragonabile (idronefrosi [Cardarelli Davaine]; vescica ripiena di urina e coaguli sanguigni [nel caso mio]).

Logiche conclusioni di questi fatti semplici ed esatti che non si prestano a discussioni di sorta sono che:

1° il così detto fremito idatideo è in complesso un fatto assai raro ad osservarsi;

2° che esso non è per nulla una particolarità caratteristica, patognostica delle cisti da echinococco e che varrebbe la pena di sostituire, in vista della inesattezza e della insidiosità, la denominazione data al fenomeno, molto giustamente ai suoi tempi, dal Piorry con una meno specifica e forse più giusta come potrebbe essere quella di fremito, o meglio ancora, *vibrazione cistica*.

Il voler tener conto, dunque, per la diagnosi di cisti da echinococco di questo fattore è cosa molto errata: perchè spessissimo è dannoso, quando esiste; ed è quasi sempre assente, quando si ricerca e sia pure accuratamente; e sia pure con l'ultima manovra, sempre migliore delle precedenti. Fra le due contingenze di gran lunga preferibile, io penso, sia da essere per chi esamina la seconda; ognora ad altri ordini di fatti e di considerazioni cliniche bisogna rivolgersi, ci sia o non ci sia il fremito idatideo. Per fortuna oggi mezzi assai più probativi il laboratorio e l'indagine sperimentale hanno posto a nostra disposizione.

I fatti suesposti bastano di per sè a far escludere che il fremito idatideo si generi per l'urto e il rimbalzo delle cisti figlie contenute nella grande ciste madre. La prova consigliata dal Rovighi fin dal 1894 nel suo sistematico lavoro sull'argomento e consistente nel prendere in mano una cisti figlia e farla vibrare, oltre all'offrire un mezzo semplicissimo per imparare a conoscere la sensazione del fremito idatideo, esclude ancora, come l'A. stesso nota, l'accennata supposizione.

Dalle ricerche del Rovighi risulta inoltre che alla produzione del fenomeno nella sua completezza, varie circostanze, di valore più o meno identico, concorrono: tra queste sopratutte importanti la vibrazione della parete cistica (che è necessario sia fine, elastica, sana e convenientemente tesa), e del liquido contenutovi (a pressione non eccessiva e di densità determinata). Gli esperimenti eseguiti dal Rovighi dimostrano la verità e l'esattezza dell'asserto. È forse lecito però, ripensando alle condizioni in cui a me e ad altri è accaduto di osservare il fenomeno, di supporre che, pur verificandosi questo di preferenza nelle condizioni dal Rovighi sostenute, talvolta esso possa generarsi in circostanze alquanto diverse sopratutto in riguardo alla costituzione del contenuto che può essere anche una sostanza semiliquida capace però di vibrare come alcune gelatine.

Bernabei ha emesso più tardi l'opinione che il fremito idatideo sia niente altro che un fremito muscolare.

Ma in ultima analisi si può dire che il fremito idatideo non è che la risultanza di una ondulazione di un contenuto liquido in una cavità chiusa e propagantesi in modo del tutto particolare per l'intervento di una parete adatta, posta in speciali condizioni di tensione elastica.

Questa concezione patogenetica del fremito idatideo, scaturita dall'esame di ricerche adeguate e dallo studio di quanto ci offre a considerare l'osservazione clinica, dimostra sempre più chiaramente quale debba essere il conto che, agli scopi diagnostici, bisogna fare di un fenomeno il quale, sorto con molte pretese e tenuto già in gran calcolo, si è rivelato per lo meno assai modesto nel suo significato e nella sua pratica applicazione.

BIBLIOGRAFIA SPECIALE.

DAVAINE. *Recherches sur le frémissement hydatique.* Mém. de la Soc. de Biol., 3° s., t. II. Parigi, 1861.

FINSEN. *Les échin. en Islande.* Arch. de Med., 1869.

ROVIGHI. *Del fremito e della risonanza idatidea.* Il Policlinico, Sez. Med., 1894.

CARDARELLI. *Lezioni di Patol. e Clin. Medica.* (Lez. VIII). Napoli, Edit. Pasquale.

BERNABEI. *Il fremito idatideo è un fremito muscolare.* Riforma medica, n. 13, 1907.

CARDARELLI. *Lezioni scelte di Clin. Med.* Volume II, pag. 212-13. Napoli, Biblioteca dello « Studium ».

VENZA. *Sulla genesi del fremito idatideo.* Annali di Clin. Med., 1914.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Trabocchetti diagnostici dell' artrite.

(L. LLEWELLIN. *Practitioner*, settembre 1922).

Di fronte a un'affezione articolare dolorosa non basta darle il nome, per quanto plausibile, di gotta o reumatismo: bisogna indagarne la causa.

Dolori vaganti da un'articolazione all'altra indicano generalmente uno stato tossico o infettivo del sangue. Possono entrare nel quadro di una fibrosite diffusa, ma dipendono spesso da un agente specifico, gonococco, sifilide, tubercolosi. Le forme artralgiche e mialgiche tubercolari sono più sovente misconosciute: con la loro scomparsa coincide spesso una poussée infettiva viscerale.

L'artralgia monoarticolare colpisce spesso il ginocchio o la spalla: occorre anzitutto accertarsi che non dipenda da una lesione violenta.

Il dolore alla spalla può essere un dolore irradiato (aneurisma aortico, tumore mediastinico, tubercolosi polmonare, colelitiasi, ulcera gastrica, ecc.), un dolore nevralgico da compressione radicolare di origine meningea o neoplastica, da nevrite, da spondilite cervicale. L'atrofia muscolare non deve far presumere una nevrite, in assenza di ogni alterazione elettrica: di ogni nevrite poi va cercata la causa.

Se non si tratta di dolore irradiato, può dipendere da un'artrite o da una periartrite. Se, a scapola fissa, i movimenti sono limitati in tutte le direzioni, si tratta probabilmente di una lesione endoarticolare; se sono limitati solo in alcune direzioni è certamente una periartrite.

Il dolore e la sensibilità sotto l'acromio sono caratteristici della borsite subacromiale: se ne ha la conferma se il dolore scompare elevando il braccio, perchè la borsa si nasconde sotto l'arco coracoacromiale; la limitazione dei movimenti riguarda quasi soltanto l'abduzione. Questa borsite, non rara, è generalmente traumatica, ma può seguire ad una tonsillite, alla scarlattina, alla sepsi gonococcica, a malattie tubercolari, ecc.

La borsite sottocoracoide si manifesta con dolore e sensibilità sotto l'estremo dell'apofisi coracoide, un po' all'esterno: lo stesso punto doloroso si ha pure nella sinovite e nell'artrite endoarticolare, ma i movimenti sono allora limitati in tutti i sensi.

La sinovite subacuta è spesso traumatica, e per lo più da trauma indiretto. Bisogna anche cercare eventuali focolai infettivi donde può essere partita l'infezione. Nei giovani con atrofia muscolare pensare alla tubercolosi. L'ingrossamente della testa dell'omero deve suggerire un'osteoartrite dei vecchi o un tumore (esame ai raggi).

Al ginocchio, il dolore può essere un'irradiazione di una malattia dell'anca. Il dolore al lato interno del ginocchio (nervo otturatorio) è un segno precoce dell'osteoartrite dell'anca nei vecchi, o di una lesione dell'articolazione sacroiliaca. Occorre indagare accuratamente se il dolore non sia dovuto ad una distrazione dei legamenti, ad uno spostamento delle cartilagini, o a corpi estranei. Un dolore monoarticolare, al ginocchio o altrove, è per lo più dovuto ad una infezione articolare, epifisaria, o periarticolare: pensare alla sifilide, al gonococco, alla tubercolosi, ai piogeni e ricercarne eventuali focolai altrove. Pensare anche a tumori dell'osso o del periostio. Mai far diagnosi senza una lastra radiografica.

L'artrite acuta di una sola articolazione non è mai reumatica. Nei giovani, dopo traumi o sforzi, pensare alle osteomieliti infettive, ed alle necrosi acute delle epifisi; ciò sopratutto se ha preceduto una malattia infettiva, morbillo, scarlattina, ecc., o se si può dimostrare un focolaio di piogeni, furuncolo, patereccio, impetigine, ecc.

Le cosidette artriti secondarie dei bambini, di solito multiple, non possono confondersi col reumatismo articolare acuto, che non si presenta a tale età.

Le artriti pneumococciche vanno ricordate, perchè sono di solito monoarticolari (ginocchio, spalla, o gomito). Si presentano di solito nei fanciulli, poco dopo una polmonite, o un'otite media pneumococcica.

Le più comuni cause della monoartrite acuta sono la gonorrea e la gotta.

Ma la diagnosi di gotta, anche in artriti dell'alluce, non va posta con leggerezza: l'alluce è più esposto ai traumi, e quindi ai processi infettivi; ad essi predispone anche la diatesi gottosa per sè. Anche il gonococco talvolta si localizza nell'alluce, ma non guarisce in pochi giorni, e non risponde al colchico, come l'accesso gottoso. L'osteoartrite ivi localizzata si riconosce ai raggi; inoltre manca la diatesi gottosa, e l'intensità dei sintomi locali è lieve.

L'alluce valgo, con infiammazione della borsa, può essere confuso con la gotta, specie nelle donne, dove è più frequente a cagione delle calzature. Così pure il cosidetto alluce

rigido, negli stadî avanzati, nonchè la metatarsalgia.

Nelle altre articolazioni la diagnosi di gotta va circondata di maggiori cautele e va posta solo per esclusione, in individui con diatesi gottosa: artriti purulente furono confuse con essa, e così pure lesioni traumatiche, specie al ginocchio e al polso. Si avrà la conferma dal decorso ed *ex iuvantibus*.

Riguardo alle poliartriti acute occorre in primo luogo ricordare che possono originare da qualunque infezione, e ne va tenuto conto nell'anamnesi (specialmente scarlattina, meningite cerebro-spinale, melitense, dissenteria, tifo, ecc.). La meningite e il tifo possono iniziare come poliartriti acute. Però la forma di poliartrite acuta di gran lunga più frequente è il reumatismo articolare acuto. La massima parte dei casi si presenta tra 16 e 25 anni, e dopo i 20 prevalgono gli uomini. Soccorre spesso la storia di un precedente attacco, di una tonsillite ricorrente, di corea, di eritema nodoso, o il reperto di una cardiopatia organica mitralica, o di nodosità (reumatismo nodoso). L'artrite reumatica è estremamente dolorosa: dopo alcuni giorni (10-15 al massimo, di regola) cambia sede, senza lasciar traccie nell'articolazione abbandonata.

La vera poliartrite reumatica cede al salicilato, e i dolori scompaiono in meno di 48 ore. Al disotto dei 15 anni è possibile la confusione con la porpora di Henoch, ma chiariscono la diagnosi i dolori addominali accessionali, il vomito, la diarrea, la porpora.

È possibile pure la confusione con poliartriti gonococciche, settiche, gottose.

Alcune poliartriti in donne maritate, di media età, sono gonococciche: sospettarle ogni qualvolta la temperatura è bassa. Tuttavia, anche con febbre alta ed endocardite o pericardite, può qualche rara volta trattarsi di infezione gonococcica. Il sospetto è più fondato se sono prese le articolazioni sternoclavicolari, temporomascellari, tibioperonee, sacroiliache, o condrocostali. Così pure se vi è un versamento persistente, con arrossamento e senso di calore locale, nonchè un circoscritto turgore periarticolare. È poi quasi caratteristico l'interessamento delle guaine tendinee e delle fasce, specialmente la plantare. Grandissima importanza diagnostica hanno lesioni gonococciche extrarticolari, ad es. oculari.

Talora però la diagnosi è possibile solo con l'esame batteriologico, tanto più che talvolta concomita una infezione streptococcica secondaria.

I salicilati sono poco utili nella poliartrite gonococcica.

La poliartrite gottosa si presenta solo negli uomini, e difficilmente sotto 35 anni. Ma sopra tale età va ritenuta probabile, anche in presenza di un vizio valvolare, sopratutto se l'anamnesi nega precedenti reumatici e rivela precedenti accessi gottosi. La poliartrite gottosa può essere il primo sintoma della gotta; ma se è stata preceduta dalla tipica localizzazione all'alluce può anche invadere solo le grosse articolazioni.

L'assenza di febbre quando parecchie articolazioni sono tumide, arrossate e calde è caratteristica della gotta, ma non è costante.

La prova assoluta della natura gottosa dell'affezione è la presenza di tofi, all'orecchio e altrove: a tal proposito bisogna sempre esaminare la borsa olecranica.

L'artrite sifilitica secondaria è spesso febbrile. Ne chiariscono la natura le altre manifestazioni secondarie.

L'artrite atrofica o reumatoide acuta si presenta generalmente in giovani donne. È preceduta da una storia di malessere, e di disturbi nevralgici e vasomotori. La febbre è modica, ma persistente, e il polso è più frequente della temperatura, benchè manchi ogni sintoma di endocardite. L'artrite comincia di regola dalle articolazioni interfalangee, e si propaga in alto, simmetricamente. Il tumore è sopratutto periarticolare (articolazioni fusate); la pelle soprastante è troppo bianca, o bluastra. Le mani sentono freddo, benchè la palma sudi abbondantemente; compaiono disturbi trofici della pelle (abbondanza o scomparsa di pigmento, rugosità) e dei muscoli (atrofia). Si tratta insomma di un'atrofia in massa di tutti i tessuti dell'arto, compreso l'osso e le cartilagini articolari.

L'artrite reumatoide è piuttosto rara, e di solito l'inizio è graduale, non acuto. La diagnosi non va affermata prima di aver escluso le altre forme di artrite, sopratutto la gonococcica e la settica.

L'artrite settica è forse il pseudoreumatismo più frequente. L'infezione trae origine da focolai più o meno latenti, situati nella cavità della bocca, naso, orecchio; dalla cistifella, da ulcerazioni del retto, bronchiettasie, foruncoli, ecc. L'artrite settica non risparmia età o sesso. Di solito s'inizia in modo acuto, con febbre, passando da un'articolazione all'altra capricciosamente; dopo otto o dieci giorni si fissa ostinatamente in una o più, talora per settimane e mesi. Può fin dall'inizio attaccare una sola articolazione.

Il salicilato si dimostra poco utile, ciò che ha gran valore diagnostico. Per la diagnosi differenziale con l'artrite atrofica tener conto

sopratutto del modo di estendersi dell'affezione, e del polso, che nell'artrite settica non è più frequente di quanto comporti la temperatura.

L'A. conclude che in ogni artrite occorre un serio esame clinico prima di porre la diagnosi, e dev'essere spesso integrato da ricerche radiologiche e batteriologiche.

DORIA.

NEUROLOGIA.

Le nevriti vegetative.

(SICARD. *Journal des praticiens*, 23 settembre 1922).

La vita vegetativa (involontaria, incosciente, organica, del sistema neuro-vegetativo) e la vita di relazione (volontaria, cosciente, del sistema cerebro-spinale) insieme a distinzioni ben nette presentano anche stretti legami. E se allo stato normale le relazioni sono numerose tra i due sistemi, allo stato patologico le influenze reciproche non fanno difetto. Tuttavia è spesso possibile distinguere ed isolare una sindrome neuro-vegetativa nel corso di certe affezioni del sistema nervoso.

In così fatti casi le reazioni cliniche neurovegetative e quelle del nevrasse decorrono insieme, si sovrappongono conservando la loro fisionomia particolare. Per tale studio si prestano quattro malattie del nevrasse (all'infuori delle affezioni traumatiche del midollo spinale): la polinevrite, la tabe, l'herpes, la siringomielite.

Negli individui normali alcuni riflessi mettono in luce le connessioni fra il sistema vegetativo e quello cerebro-spinale. La reflettività nevrasso-vegetativa è provata da parecchi fenomeni:

1) La reflettività pilo-motrice: il solletico, l'azione del freddo ed altre eccitazioni cutanee determinano l'orripilazione, il fenomeno della pelle d'oca, sia localizzata sulla regione eccitata, sia a distanza; in tal caso la eccitazione centripeta parte dai nervi del nevrasse, e la reazione centrifuga si esplica attraverso le fibre simpatiche.

2) La reflettività oculo-cardiaca: la pressione su i globi oculari provoca modificazioni del ritmo cardiaco, in genere rallentamento del polso; in tal caso l'eccitazione centripeta si fa attraverso il trigemino, mentre la reazione centrifuga si esplica attraverso il vago o il simpatico.

3) La reflettività sensitivo-pupillare: la pressione dolorosa della cute provoca la dilatazione della pupilla, mediante la contrazione delle fibre muscolari liscie dell'iride.

4) La reflettività meccano-cardiaca: la percussione della regione cardiaca agisce sul volume del cuore (eccitazione centripeta attraverso i nervi intercostali, reazione centrifuga mediante il sistema vegetativo). Il riflesso meccano-gastrico e meccano-splenico sono dello stesso tipo.

5) La reflettività tendinea: questa varia allo stato normale nello stesso individuo; tale variabilità è probabilmente in rapporto alla instabilità del tono vegetativo nelle sue relazioni con il nevrasse o con il tono muscolare. La ingerenza del sistema vegetativo nella tonicità dei muscoli striati è provata dal fatto che l'eccitabilità idiomuscolare si conserva una quindicina di minuti dopo la morte, quando cioè ogni attività del sistema nervoso cerebro-spinale è spenta, il che è provato dalla immediata scomparsa dei riflessi tendinei. Si muore in due tempi: la morte del sistema nervoso vegetativo segue alla morte del sistema nervoso della vita di relazione. D'altra parte la influenza del sistema vegetativo sui riflessi tendinei è provato anche dalla esagerazione dei riflessi stessi negli individui simpaticotonici.

Inversamente la reflettività vegeto-nevrassica, ossia reflettività con punto di partenza sul sistema vegetativo ed a reazione cerebro-spinale è caratterizzata dai riflessi di Head. La sensibilità vegetativa abnormemente irritata, la iperalgesia viscerale, si traduce obbiettivamente con disturbi della sensibilità cerebrospinale. Così nell'angina pectoris la eccitazione vegetativa (nervo vago-simpatico cardiaco) si trasmetterà al nevrasse per via centripeta, poi per via centrifuga sulle radici posteriori del nevrasse, donde irraggerà sotto forma di dolori radicolari cubitali e talora anche come ipoestesia transitoria a topografia brachio-radicolare interna. Il passaggio di un calcolo biliare, di un calcolo renale, l'ulcera gastrica sono accompagnati da risentimento doloroso a distanza; le reazioni convulsive da elmintiasi, l'epilessia d'origine pleuro-pulmonare, le lipotimie e le sincopi convulsive in seguito a dilatazione rettale o iniezioni intra-uterine, il singhiozzo, si prestano alle medesime interpretazioni patogenetiche.

La polinevrite classica, alcoolica o tossi-infettiva, presenta nella forma grave, i segni periferici abituali delle nevriti del nevrasse, ossia: abolizione dei riflessi tendinei, mialgie, amiotrofie, ecc.; ma nel corso della malattia possono anche presentarsi segni di distonia vegetativa. Questa sindrome vegetativa è caratterizzata dalla dilatazione pupillare, dal tremore, dalla tachicardia, dalla sudorazione,

dalla secchezza della bocca, e sopratutto dalla notevole orripilazione. Basta un minimo contatto della pelle, un leggero soffio sulla cute, per vedere manifestarsi una pelle d'oca intensa e prolungata. D'altra parte lo stato di inquietudine, di angoscia, d'ansia nel quale vivono questi malati completa il quadro clinico della distonia vegetativa prevalentemente simpaticotonico. Per altro questa distonia risulta più da una deficienza del vago che da un'irritazione del simpatico. Per questo l'atropina deprimendo ancora più il vago, e l'adrenalina eccitando il simpatico, aumentano lo squilibrio. I migliori risultati terapeutici sono dati dalla pilocarpina e dalla chinina.

Nella tabe sono frequentissime le lesioni nevritiche vegetative. Le crisi viscerali come i dolori folgoranti hanno la forma di crisi vegetative ad inizio improvviso, a parossisma impressionante, a fine brusca. La nevrite dei filetti simpatici, come lo provano le analgesie viscerali, tracheali, epigastriche, testicolari, ecc., predomina su quella del vago. La sindrome vegetativa tabetica depone più per una deficienza del simpatico che del vago.

Anche l'herpes nella sua sintomatologia ha l'impronta della partecipazione neuro-vegetativa. L'herpes ha le sue lesioni anatomiche unilateralmente su un gruppo di gangli rachidei e su le rispettive radici posteriori, e talvolta in pieno cordone posteriore. Il sistema simpatico vicino extramidollare ed intramidollare non è risparmiato, e del resto non potrebbe essere altrimenti date le relazioni anatomiche. Durante il periodo di stato la reazione simpatica si manifesta con l'esagerazione dei riflessi vasomotori della pelle, la eruzione eritema-bollosa, la vescicola corneale (zona oftalmico), nonchè con i risentimenti dei visceri toracici ed addominali (dolori gastrici, intestinali, vomiti, disturbi della secrezione gastro-intestinale, ecc.). In seguito dopo il periodo di stato possono manifestarsi segni di attività locale neuro-vegetativa, come l'algia così speciale, a tonalità causalgica, con sensazione di bruciore, di costrizione e sopratutto con la persistenza e la continuità del dolore senza alcuna tregua. Quest'algia è tenacissima e resistente a tutte le cure. Un altro segno che depone per la partecipazione neurovegetativa è la pigmentazione delle cicatrici cutanee posteruttive, che sono per lo più nettamente brunastre.

Questi esempi dimostrano che bisogna sempre più tener conto della compartecipazione del sistema neuro-vegetativo alla patologia del nevrasse.

Dr.

CHIRURGIA.

Resezione del polmone per infezioni suppurative.

(Con 13 casi personali)

(H. LILIENTHAL. *Ann. of Surg.*, marzo 1922).

Ricercando nella letteratura l'A. ha trovato a lato solo 30 casi di resezioni del polmone.

Robinson, Sauerbruch e altri raccomandano la lobectomia in più tempi.

L. ha eseguito 14 lobectomie (per lesioni limitate ad un solo lobo) avendo 6 morti (42.8 %). In 10 casi con lesioni più estese e resezioni di più che un lobo ebbe 7 morti (70 %). Negli altri 7 casi la lobectomia non fu potuta eseguire. In tutti i casi sopravvissuti, fuorchè in 2, i pazienti sono guariti ed esercitano la loro professione. Scegliendo bene i casi L. crede che si possa contare su 50-60 % di guarigioni; ciò è incoraggiante considerando la inutilità o quasi delle operazioni palliative nei casi di bronchiettasie suppurative.

Indicazioni e controindicazioni: *Età*: Bambini e adulti giovani (prima di 35 anni) sono i soggetti più adatti (maggiore resistenza del cuore). Digitalizzare i pazienti per 48 ore prima dell'operazione.

Distribuzione del processo morboso: controindicazioni o quasi costituiscono le lesioni bilaterali e le infiltrazioni dense vicine al mediastino.

Operazioni palliative precedenti (con aderenze) costituiscono controindicazioni (specie in individui sopra 35 anni).

Altra controindicazione è data da malattie cardiache, renali o del metabolismo, dalla sifilide (quest'ultima può da sola essere causa di una bronchiettasia).

La *pressione sistolica* non deve essere minore di 100 mmc.

Quando un paziente ha sofferto per più di 6 mesi o di bronchiettasie suppurative, o di polmon. suppurat. o di ascessi polmon. multipli con espettor. copiosa e abbondante con esacerbazioni febbrili, ecc. è probabile che la unica cura adatta sia la lobectomia.

La lobectomia nella gangrena polmonare acuta è poco conosciuta.

La gravità dell'operazione è fatta conoscere al paziente.

La comparsa dei sintomi di suppurazione polmonare (p. es. dopo tonsillectomia) si ha fra il 10° e il 14° giorno.

La grandezza della lesione non è proporzionale alla espettorazione giornaliera.

Broncoscopia ed esame coi raggi X: La

broncoscopia, dato che poi il torace deve essere largamente aperto, non è sempre necessaria. Quello che bisogna conoscere si è: 1) se la lesione è nella parte superiore o inferiore del torace; 2) se è vicina all'ilo o periferica; 3) se vi ha un corpo estraneo o un tumore in un bronco. Di solito è sufficiente la radioscopia in posizione eretta. La broncoscopia può però rivelare un corpo estraneo, radiotrasparente, in un bronco.

Esame dell'espettorato: esaminare per la possibile presenza di B. di Koch.

Preparazione preoperativa: mettere il paziente per due giorni almeno nella posizione che favorisce il vuotamento del pus.

Morfina, atropina prima dell'operazione.

Studiare il sangue del paziente per un'eventuale trasfusione.

Precauzioni contro l'emorragia: si può far la « segregation » del sangue in uno o in tutti e due gli arti inferiori durante l'operazione, onde diminuire temporaneamente la pressione (caduta di 40-60 mm.); o iniettare prima di operare nelle due natiche 15 cc. di soluzione 30 % di citrato di Na.

È necessario un buon anestesizzatore e una buona assistenza.

Anestesia: NO+O, quindi etere, e poi di nuovo NO.

Anestesia faringea differenziale.

Il paziente giace sul lato sano in posizione leggermente prona.

L'operazione può essere fatta in uno o due tempi a seconda delle condizioni del paziente e della presenza o meno di aderenze pleuriche. Non bisognerebbe impiegare più di 45'; la durata dell'operazione ha grande importanza per il suo esito.

Tecnica. Incisione rapida lungo il 7° o 8° spazio intercostale dall'angolo alla cartilagine costale. Avvertire l'anestetista quando si sta per incidere la pleura, onde inizi l'anestesia a pressione. Incisione ampia della pleura; immissione del diverticolo costale. Se si tratta del lobo superiore l'estremità posteriore dell'incisione è prolungata in alto medialmente alla scapola e 3 o 4 coste sezionate rapidamente (senza deperiostizzarle). L'incisione è quella di Torek per l'esposizione transpleurica dell'esofago toracico.

Se non ci sono aderenze e si vuol fare l'operazione in 2 tempi ci si arresta qui strofinando la pleura in corrispondenza del polmone sano con garza e ivi tamponando. Sutura della cute. I tamponi di garza iodoformica sono estratti dopo due giorni; 2° tempo dopo una settimana: allora non v'è più pericolo di collasso polmonare e di fibrillazione mediastinica.

Bisogna isolare e palpare il peduncolo del lobo polmonare. Esso è preso in lato o a sezioni con uno schiacciatore e legato con sutura e catena in seta. Le bocche bronchiali sono toccate con fenolo puro. Il peduncolo infetto è isolato con un cappuccio di gomma perforato traverso il quale passa il ciuffo di fili di seta. Sutura dei muscoli; drenaggio in basso; sutura dei muscoli. La cute non è suturata (pericolo d'infezione gassosa).

Notevole secrezione siero-emorr. dopo l'operazione che è seguita da shock. È bene fare una trasfusione. Una delle più gravi complicazioni è data da infezioni anaerobiche.

Pericolo del *pneumotorace a tensione* (riaprire in parte la ferita, o pungere con un tre quarti). A. CHIASSERINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. LUGIATO. *I disturbi mentali*. Prezzo L. 36. Editore Hoepli, Milano.

In questo volume, che ha la comoda forma dei ben noti Manuali Hoepli, sono esposti in forma piana ed accessibile anche ai profani, le teorie moderne su tutte le varietà di alterazione mentale. I numerosi aspetti della pazzia sono descritti in modo che i singoli quadri morbosi risaltino facili a comprendersi.

Oltre che le vere e proprie malattie sono trattate ampiamente anche le tare psichiche, che costituiscono l'appannaggio anche di uomini che sembrano normali e vivono nella società liberamente e produttivamente.

Il manuale è anche ricco di notizie interessanti, di aneddoti, di riferimenti storici che ne rendono interessante e piacevole la lettura.

dr.

URSTEIN. *Katatonie unter dem dem Bilde der Hysterie und Psychopathie*. Editori S. Karger, Berlino.

In questo volume la catatonia è studiata dal punto di vista clinico e patogenetico in modo veramente magistrale.

Con una dimostrazione casistica ampia e chiaramente descritta l'A. distingue in modo netto le varie forme di catatonie quali si presentano nelle nevrosi e nelle psicopatie. Tale sintomo assurge così a criterio diagnostico di notevole importanza.

Non meno interessante è lo studio patogenetico della catatonia.

dr.

Questions neurologiques d'actualité. Vingt conférences. — Masson, éd. Paris, 1922.

Sono raccolte nel volume venti conferenze dei neurologi più eminenti francesi e stranieri, invitati con libera scelta, a parlare di argomenti di attualità nel grande Anfiteatro della Facoltà. Iniziativa geniale del Roger, messa in rapida esecuzione dal Marie, con la adesione dei migliori nomi.

Ricordo gli AA. e gli argomenti: Wilson parla della degenerazione lenticolare progressiva; Chatelin fa una rapida, troppo rapida rivista sui tumori cerebrali; Claude si occupa dell'ipertensione intracranica e delle meningiti sierose. Seguono i disturbi sensitivi d'origine cerebrale (Roussy), le lesioni traumatiche del midollo spinale (Guillain), l'encefalite letargica (Lhermitte), la paralisi agitante e i suoi rapporti con le sindromi parchinsoniane postencefalitiche (Souques), le encefalopatie infantili (Babonneix), le atrofie muscolari sifilitiche (Léri), il gozzo esoftalmico (Sainton), le algie e il loro trattamento (Sicard), le malattie familiari atipiche del sistema nervoso (Crouzon), le modificazioni delle pupille (Poulard), l'automatismo midollare (Foix), le psicosi tiroidee (Laignel Lavastine), le piccole sindromi mentali (Vurpas), la cronassia (Bourguignon), l'epilessia traumatica (Béhague), lo stato di male epilettico (Bouttier), il problema dei centri innati del linguaggio (Marie).

L'elenco degli argomenti e dei nomi è la migliore garanzia del volume e ne è la migliore raccomandazione. *t. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XIII Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

(*Firenze, 20 ottobre 1922*).

Il presidente, prof. D. MARAGLIANO, ringrazia il prof. BURCI per la cortese ospitalità offerta a nome dell'Istituto di Studi superiori, e lo invita a partecipare alla Presidenza del Congresso; quindi commemora il socio defunto dott. PLEBS e propone all'approvazione dell'assemblea l'ammissione di 10 soci nuovi: Borghi, Camurati, Faldino, Gusmitta, Ciaccia, Marconi, Raimondi, Zeri, Valdisian, Gaibissi.

Si inizia la discussione del tema all'ordine del giorno:

« *Cura delle fratture del collo del femore* ».

ROSSI (Milano), relatore, riassume le conclusioni affermando che mentre nelle fratture del collo del femore extracapsulari il saldamento (sia pure accompagnato da deviazioni) è la regola, nelle intracapsulari la regola è l'esito in pseudoartrosi, ma questo esito sfavorevole non va solo attribuito ai caratteri della frattura (quelle sottocapitali e quelle dei soggetti avanzati in età si presentano specialmente sfavorevoli da questo punto di vista), ma anche, e in parte tutt'altro che trascurabili, all'incongruo trattamento che di solito esse ricevono: mancata riduzione, non sufficientemente lunga immobilizzazione (si richiedono 4-8 mesi e talora di più).

La cura cruenta può certo in molti casi dar buoni risultati (per quanto in proposito si sia forse troppo ottimisti e assolutisti) e il relatore ne enumera le indicazioni e controindicazioni.

BORGHI (Milano), correlatore, espone con proiezioni radiografiche e fotografiche il materiale casistico riferito nella relazione e lo strumentario usato nella cura operatoria di queste fratture.

PUTTI (Bologna): *Risultati del trattamento operatorio delle fratture del collo del femore.* — Riferisce la statistica dell'Istituto Rizzoli: 164 casi dei quali 29 furono operati; in questi casi la tecnica e sopratutto il materiale per la osteosintesi variarono: furono usate le viti metalliche, le caviglie di osso di bue con anima metallica, le stecche ossee autoplastiche... Dei 29 casi operati 12 ebbero un favorevole risultato (correzione dell'accorciamento, saldamento dei monconi, mobilità dell'articolazione conservata, indolenza), 14 casi ebbero risultati non soddisfacenti, di 3 casi di ignora il risultato definitivo. L'O. illustra quindi con proiezioni il suo materiale casistico.

DELITALA (Venezia): *Cinquantasei casi di fratture del collo del femore.* — In base al materiale clinico e anatomico da lui studiato (presenta 6 pezzi provenienti da autopsie) ritiene che nell'argomento della cura di queste fratture non si debba essere assoluti, ma eclettici. Per le fratture cervicali pensa che l'apparecchio gessato secondo

Withmann sia preferibile, ma non sempre viene sopportato. Se si interviene, conviene usare nelle fratture le viti metalliche o le viti di osso con anima metallica, nelle pseudartrosi le stecche ossee autoplastiche, che l'O. ha confitte attraverso il collo femorale senza aiuto dell'apparecchio di Delbet; se la posizione dei monconi non è soddisfacente l'O. ritiene che convenga eseguire l'incavigliamento (o l'avvitamento) sotto la guida dell'artrotomia; in due casi questa gli ha permesso di constatare (e di eliminare) una interposizione di lembi capsulari fra i monconi. L'O. ha eseguito 13 interventi del genere e ne dimostra con proiezioni le fotografie e radiografie.

DELFINO (Genova): *Contributo al trattamento delle fratture del collo del femore col metodo della infibulazione autoplastica.* — Ha studiato le fratture del collo del femore osservate negli Ospedali di Genova dal 1900 al 1922. Per le fratture cervicali pensa che la cura incruenta (estensione con peso o apparecchio alla Withmann) convenga nei pazienti meno avanzati in età; nei soggetti che hanno oltrepassato i 60 anni è indicato l'intervento. L'O. riferisce su tre casi concernenti malati rispettivamente di 64, 74 e 77 anni, nei quali il prof. D. Maragliano eseguì l'infibulazione autoplastica, ottenendo ottimi risultati.

VALTANCOLI (Bologna): *Dati statistici sui casi di frattura del collo del femore osservati all'Istituto Rizzoli.* — Si tratta di 164 casi, dai quali si desumono i seguenti dati: tale frattura è più frequente nel sesso maschile (58.5 %) che nel femminile (41.5 %); essa è frequente nell'età giovanile più di ciò che non si crede comunemente (19.4 % pel primo trentennio); la frattura cervicale è all'incirca tanto frequente (50.9 %) quanto la cervicotrocanterica (49.1 %); nell'età giovanile e dai 40 ai 60 anni sono più frequenti le fratture cervicali vere.

PIERI (Roma): *Contributo alla cura delle fratture intracapsulari del collo del femore.* — Può riferire sui risultati definitivi di 3 casi trattati secondo le moderne idee. Un caso di una frattura in una donna di 32 anni curata coll'apparecchio secondo Withmann diede un risultato soddisfacente. Un caso di frattura inveterata (datante da tre mesi) in una donna di 60 anni trattata con l'incavigliamento autoplastico (chiodo peroniero) diede risultati meno soddisfacenti a causa della deviazione della caviglia ossea. Un caso di pseudartrosi in un uomo di 38 anni, datante da 29 mesi, fu trattato con incavigliamento autoplastico e cruentamento (attraverso artrotomia anteriore) delle due superfici ossee; il risultato fu ottimo.

SOLIERI (Forlì): *Sulla cura delle fratture del collo del femore.* — Dalla sua esperienza e dalla discussione che si è svolta sull'argomento, ha riportato l'impressione che allo stato attuale la cura cruenta paragonata alla incruenta non dà risultati molto superiori, ma certo la tecnica ne è ancora grossolana e incerta, e siamo ancora lontani dalla fissazione di una tecnica definitiva.

Il relatore prof. ROSSI risponde ai colleghi che hanno portato un contributo alla discussione dell'argomento oggetto della relazione.

VANGHETTI (Empoli): *Quaestione de lingua auxiliario internationale et scientifico.* — Fa la storia di tutti i tentativi per istaurare una lingua internazionale, dalla quale molto sarebbero facilitati il progresso della scienza e l'affiatamento degli studiosi. La lingua più adatta, secondo l'O., appare il latino «sine flexione» proposto dal professor Peano, insegnante calcolo infinitesimale presso l'Università di Torino. La Società Italiana per il progresso delle scienze si è pronunciata a favore dell'adozione di tale linguaggio, e appare un dovere delle nostre Associazioni promuoverne l'adozione e l'uso corrente nelle relazioni scientifiche.

SOLIERI (Forlì): *Presentazione di infermi di tubercolosi articolari aperte curati col trattamento chiuso.* — Presenta quattro individui così trattati, e perfettamente guariti (nel senso che le lesioni sono completamente cicatrizzate). Tale metodo si compendia nella immobilizzazione assoluta a mezzo di apparecchi gessati del tutto occlusivi, come se le fistole non esistessero; gli apparecchi sono rinnovati a intervalli sempre più lunghi (1, 2, 3 mesi) man mano che il processo migliora; il trattamento dura dai 3 ai 13 mesi; si associa cura iodica generale e elioterapia pure attraverso i gessi.

La interessante comunicazione dà origine ad una vivace discussione alla quale partecipano i soci Calandra, De Francesco, Delfino, De Gaetano, Fabiani, Delitala, Putti, Comisso, La Ferla, Rossi, Parlavecchio, Gaibissi, Cappelli. Ad essi risponde esaurientemente il prof. Solieri.

MARAGLIANO (Genova). — Presenta una malata di lussazione congenita dell'anca inveterata nella quale insorgevano gravi dolori alla deambulazione; e in cui fissò l'articolazione con una caviglia di perone che fa da ponte dalla diafisi femorale al margine inferiore del cercine cotiloideo. Il risultato è soddisfacente.

COMISSO (Trieste): *L'osteotomia angolare.* — Per rimediare alle deviazioni degli arti propone un nuovo tipo di osteotomia che realizza notevoli vantaggi sugli abituali processi di osteotomia trasversale, obliqua, cuneiforme. Egli seziona la diafisi con un taglio che nella metà anteriore è trasversale, nella metà posteriore è obliquo (rispetto al piano trasversale) di circa 140°, quindi disloca i due monconi ossei sul piano anteroposteriore in modo che la sezione trasversale del moncone superiore va ad affrontarsi colla sezione obliqua del moncone inferiore; ne deriva una correzione della deformità con minima deviazione assiale e senza raccorcimento. L'O. ha adottato questa tecnica con successo in 8 casi di anchilosi angolari dell'anca o del ginocchio.

CURCIO (Napoli): *Sulle esostosi funzionali.* — Così chiama l'O. le esostosi dovute all'azione di potenti inserzioni muscolari, e riferisce la storia clinica di una giovine di 20 anni sulla quale una di queste esostosi si era sviluppata a livello dell'inserzione sopracondiloidea degli adduttori, ed

era stata variamente interpretata dai medici che l'avevano osservata.

Maragliano (Genova): *Nuovo contributo agli impianti nervosi controlaterali.* — L'O. ha eseguito finora 4 di questi trapianti, per lesioni poliomielitiche; tre paralisi del crurale (fu usato il ramo per il retto anteriore del lato opposto), una paralisi dello sciatico (fu usato il ramo che innerva il semitendinoso, semimembranoso e bicipite). Questo trapianto ha sopratutto il vantaggio di usare fibre nervose del tutto sane. I risultati sono incoraggianti.

Galeazzi (Milano): *Sul piede cavo paralitico.* — Insiste sulla necessità di analizzare, nei singoli casi di piede cavo, i rapporti che intercedono fra le varie ossa della gamba del piede (il che si ottiene nel miglior modo eseguendo una radiografia del piede in carico) e ciò allo scopo di fissare l'entità dei vari angoli da correggere. Per la correzione egli usa la sindesmotomia inferiore dell'articolazione di Chopart seguita da raddrizzamento mediante un suo speciale osteoclaste sterilizzabile; in casi speciali si possono aggiungere l'osteotomia curvilinea del calcagno, trapianti tendinei, artrodesi.

Lavermicocca (Milano): *Problemi di rieducazione funzionale degli invalidi del lavoro (tessili).* — Partendo dal principio che l'assistenza agli invalidi sarà tanto più efficace quanto più riuscirà a restituirli all'antico mestiere esercitato, l'O. si è preoccupato dei mutilati che prima esercitavano il mestiere di tessitore, e che per la minorata funzione delle mani non riescono più ad annodare i fili della trama. Per questi egli ha inventato uno strumento (che mostra al Congresso) per il quale si rende possibile l'annodamento dei fili servendosi di una sola mano.

La Ferla (Palermo): *Contributo alle deformità congenite della colonna vertebrale e delle costole.* — L'O. illustra due casi del genere. In una bambina di 6 anni che presentava un sollevamento della spalla destra con lieve scoliosi, la radiografia dimostrò nel rachide il mancato sviluppo di un'emivertebra (4ª dorsale) e nelle costole di destra la 2ª e 3ª erano un po' più grandi delle normali: si osservava inoltre la sinostosi della 4ª colla 5ª e della 6ª colla 7ª. In un ragazzo di 13 anni con torcicollo congenito (deviazione del volto verso sinistra, collo corto, limitazione dei movimenti della testa verso destra) le vertebre cervicali erano ridotte a 5, e si notavano sinostosi fra le apofisi spinose.

Salaghi (Firenze): *Difficoltà di diagnosi del male di Pott, segnatamente nell'età avanzata.* — Interessanti da questo punto di vista sono tre casi riferiti dall'O. In un bambino di 8-9 anni una spondilite dorsale media era mascherata da una cifosi rachitica; la comparsa di una paresi vescicale e di uno spasmo agli arti inferiori rettificarono la diagnosi. In una donna di 23 anni curata a lungo per sciatica, con modica sporgenza (ritenuta congenita) di un'apofisi spinosa lombare, lo sviluppo di un ascesso ossifluente mise sulla buona via della diagnosi. Così fu un ascesso freddo che si aprì nella pleura e poi nell'esofago che fece diagnostificare la vera natura di una cifoscoliosi cervico-dorsale, ritenuta di origine rachitica in una giovinetta di 17 anni.

Calandra (Palermo): *Esiti del trattamento della spondilite tubercolare alla Albee (modificata).* — L'O. illustra il suo processo operatorio, consistente nell'inserire il trapianto osseo non fra le apofisi spinose sezionate, ma lateralmente, in una doccia scavata preventivamente nelle ossa alla base delle apofisi spinose. Il processo è stato applicato in 2 soggetti (ambedue ragazzi di 7-8 anni, con tubercolosi delle vertebre lombari); i risultati appaiono soddisfacenti, ma non definitivi; si è avuto notevole miglioramento dei sintomi locali, ma in un caso si è verificato un nuovo focolaio a livello della 9ª vertebra dorsale, nel secondo caso al 5º mese dall'operazione è comparso un ascesso freddo alla radice della coscia.

Marconi (Venezia): *Trattamento delle rigidità della spalla.* — La rigidità è dovuta alle aderenze fra superfici articolari e a contrattura muscolare. Il metodo seguito in tali casi consiste nell'abduzione forzata in narcosi fino a 90º (se è il caso di uno o più tempi) e poi applicazione di un apparecchio gessato che mantiene la massima abduzione raggiunta. Dopo 15-30 giorni si taglia l'apparecchio a valve, il che permette, rimuovendo temporaneamente la valva superiore, di fare alla spalla e al braccio applicazioni di calore e massaggi. Dopo altri 5-10 giorni, l'apparecchio viene tolto completamente e riapplicato solo durante la notte; si continua frattanto colle opportune cure fisiche. Con questa tecnica furono curati una diecina di casi e i risultati furono soddisfacenti.

Ciaccia (Venezia): *Sulla importanza pratica del trattamento cinesiterapico nella rigidità delle dita.* — In 28 casi di rigidità delle dita da causa traumatica o infiammatoria, l'O. ottenne buoni risultati col metodo cinesiterapico, che non va applicato secondo uno schema fisso e preconcetto, ma adattato all'indole del malato e alla gravità delle lesioni.

Scarlini (Milano): *Contributo alla cura delle deformità multiple degli arti inferiori.* — L'O. riferisce su 3 casi di rigidità multiple di entrambi gli arti inferiori nel senso della flessione, per le quali i pazienti non erano in grado di camminare e al massimo in 2 casi potevano sostenersi sulle ginocchia. Furono eseguiti svariati interventi (osteotomie, sindesmotomie, apparecchi gessati raddrizzanti) i quali portarono a risultati soddisfacenti, che l'O. dimostra con la proiezione delle relative fotografie.

Bargellini (Milano): *La ricostituzione del cotile dopo la riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca.* — In base all'esame radiografico di 500 casi di lussazione congenita dell'anca ridotti col metodo di Paci-Lorenz, l'O. ritiene che la ricostituzione del cotile è già accentuata al termine del periodo immobilizzante nel 45 % dei casi, e che l'aumento di profondità del fondo è

provocato solo dal processo osseo proliferativo marginale; unica condizione per la precoce ricostituzione appare la riposizione concentrica associata a un adeguato potere osteogenetico di variabilità individuale.

Palagi (Firenze): *Osteocondrite ed osteoartrite deformante giovanile dell'anca.* — Illustra 3 casi clinici di osteocondrite tipica o *coxa plana* di Legg-Calvè-Waldenström, un caso qualificabile radiograficamente come *coxa vara* con l'identica sintomatologia e decorso della osteocondrite, e un caso di osteoartrite deformante giovanile sviluppatosi su una forma di probabile insufficienza funzionale dell'anca, congenita o consecutiva a trauma nel primo anno di vita. L'O. si propone di studiare sperimentalmente la questione della razionalità o meno della concezione che tende a considerare come manifestazioni diverse di uno stesso processo morboso tali diverse sindrome cliniche.

Donati (Padova): *Un caso di osteoartrite deformante infantile bilaterale dell'anca.* — Una bambina di 8 anni, nell'anamnesi della quale si potevano escludere la tubercolosi e la sifilide, cominciò nell'ottobre 1921 a claudicare coll'arto inferiore destro, e progressivamente la deambulazione peggiorò, fino al camminare colle anche rigide e addotte e con dolore. La radiografia dimostrò: cartilagini epifisarie saldate, deviazione in varismo del collo del femore, alterazioni nel contorno della testa. Questo referto esclude la malattia di Perthes. L'O. si domanda: quale diagnosi clinica deve formularsi in questo caso? quale il trattamento terapeutico?

Questa comunicazione provoca una discussione nella quale interloquiscono i soci Delitala, La Ferla, Galeazzi.

Camurati (Bologna): *Di un raro caso di osteite simmetrica ereditaria degli arti inferiori.* — Si tratta di una bambina di 7 anni che fin dalla nascita presenta un ingrossamento della metà inferiore di ambedue i femori e della metà superiore di ambedue le tibie, accompagnato da dolore che aumenta nel cammino. Il padre e alcuni degli antenati presentarono gli stessi disturbi fino all'età di 20 anni. La radiografia dimostra un aumento di volume simmetrico delle ossa. Sierodiagnosi negativa per la Wassermann.

Grollo (Treviso): *Risultati di alcuni casi di artroplastica del ginocchio e delle articolazioni temporomandibolari.* — L'O. riferisce due casi di anchilosi del ginocchio operati di artroplastica con risultati abbastanza soddisfacenti e dimostranti che per raggiungere lo scopo occorre prolungare molto il trattamento fisico postoperatorio. In due casi di anchilosi temporomascellare l'O. resecò il condilo mandibolare con interposizioni di un lembo di muscolo temporale; in un caso si ebbe recidiva e l'O. intervenne di nuovo praticando la resezione cuneiforme del ramo ascendente della mandibola, con interposizione di fascia lata.

Lavermicocca (Milano): *Un fenomeno del ginocchio nella lussazione della rotula.* — L'O. presenta una bambina con lussazione congenita della rotula; quando si appoggia sul ginocchio, questo viene animato da oscillazioni in senso laterale (dovute al mancante equilibrio fra i muscoli flessori del ginocchio e gli estensori).

De Francesco (Venezia): *Cura della sublussazione tibiale.* — Ha operato 6 casi e in base alla sua esperienza conclude che la tecnica migliore è aggredire l'articolazione con taglio bilaterale, sezionare la capsula articolare posteriormente e i legamenti crociati, ridurre la deviazione e immobilizzare temporaneamente l'arto.

Galeazzi (Milano): *Tenotomia dell'ileopsas. Trocanterectomia.* — Ritiene in base alla sua esperienza che per eseguire la tenotomia convenga seguire la via anteriore secondo la tecnica descritta da Walsberg, ma per la sezione, o meglio ancora per la resezione del piccolo trocantere, è più consigliabile la via posteriore, che agevola anche il drenaggio.

Putti (Bologna): *Principii e tecnica della cura chirurgica dell'assenza congenita della tibia.* — Ha operato 7 casi ed ha finito per poter fissare la tecnica sulle seguenti direttive: 1) mettere in funzione il perone, che nei casi di assenza parziale viene trapiantato sul moncone superiore della tibia, nei casi di assenza totale viene fissato fra i condili femorali; 2) dare all'arto la maggiore lunghezza possibile e a questo scopo il moncone inferiore del perone viene confitto nel calcagno, e il piede viene flesso in direzione digitigrada. Mostra fotografie di 4 cassi operati.

A questa comunicazione segue una discussione cui parteciparono Galeazzi, Uffreduzzi, Dalla Vedova, Maragliano.

Scarlini (Milano): *Sulla cura del piede torto congenito.* — Si è occupato di controllare i risultati lontani degli interventi praticati nei casi più gravi di piede torto congenito nel Pio Istituto Rachitici (ove si usa la sindesmotomia sottomalleolare interna e il raddrizzamento). Su 104 malati chiamati se ne presentarono 41, la cui operazione datava da un minimo di 11 mesi a un massimo di 9 anni; di questi 33 presentavano un risultato perfetto; dei rimanenti 8, 6 presentavano scarsa correzione degli elementi accessori della deformità (flessione o adduzione dell'avampiede) 2 un piede piatto valgo, le cui cause furono rintracciabili in un errore di tecnica.

Calandra (Palermo): *Trapianti laterali osteoperiostei nel piede paralitico.* — In due casi di piede ciondolante operati da 7 mesi, l'O. invece di praticare l'artrodesi ha prelevato dalla tibia dello stesso lato due stecche che ha trapiantato fissandole obliquamente dai malleoli allo scafoide e al cuboide. Dimostra le radiografie dei casi operati.

Amante (Roma): *Sulla non necessità di fissare il moncone del calcagno nelle amputazioni osteoplastiche del piede.* — L'O. in una operazione che ricorda l'amputazione osteoplastica secondo Iusephowitsch non fissò il moncone calcaneare alla tibia, ma suturò l'aponeurosi plantare ai tendini dei muscoli estensori. Ottenne così la mobilità attiva del moncone calcaneare.

Esaurite le comunicazioni il Congresso si chiude fissando per la Relazione del Congresso prossimo il tema: «*Cura della lussazione congenita dell'anca inveterata e irreducibile*».

G. Pieri.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Tubercolosi della cintura pelvica.

Le localizzazioni della tubercolosi in questa sezione dello scheletro sono rare. Il Valtancoli dell'Istituto Rizzoli, di fronte a 1271 spondiliti e 750 coxiti, trova 49 localizzazioni pelviche. L'Aievoli (*La Riforma medica*, n. 30, 1922), in circa 25. Vanni dice di averne osservati solo tre casi (sincondrosi sacro iliaca-branca orizzontale del pube).

La localizzazione sacro iliaca è rarissima nell'infanzia, sembra prevalere fra i 20-25 anni, nel sesso maschile ed a destra. Più importante causa predisponente del trauma sembra essere l'ereditarietà, la preesistenza di pleuriti.

L'inizio è piuttosto mite: dolori irradiati nel campo dello sciatico, in seguito claudicazione o posizioni viziate dell'anca. Frequentissima la dolorabilità alla pressione diretta della sincondrosi, alla pressione bimanuale sulle creste iliache: in un terzo circa dei casi si aveva il Lasègue. È caratteristica l'andatura del p. non tanto ad esprimere il dolore onde è colpito, quanto ad evitare ogni trasmissione di scosse alla sincondrosi. Gli ascessi variano come percentuale secondo i vari AA. dal'80 % al 38 %. Anatomo-patologicamente si conferma il predominio della carie secca. La terapia preferibile è quella immobilizzante.

I casi noti di tubercolosi pubica ascendono a 30: prevale l'età infantile. La sintomatologia più che dai dolori è costituita dagli ascessi, a sede varia (adduttoria, ipogastrica); frequente è l'esito in necrosi, quindi la necessità della sequestrotomia, e trattamento delle fistole.

Su 1004 spondiliti tubercolari, Valtancoli registra 7 casi di tubercolosi del sacro fra i 12-35 anni, con eredità in tre casi. L'inizio fu sempre subdolo: dolore sacrale spesso con intense irradiazioni agli arti inferiori; segno di Lasègue; dolorabilità netta alla pressione diretta; in tre casi ascessi. Lesioni scheletriche fino alla produzione di caverne. Cura conservativa.

Appartengono all'Istituto Rizzoli sei casi di tubercolosi dell'ileo; parità di sesso; età fra 7-17 anni. Nessun sintoma caratteristico: dolori iniziali intermittenti all'anca; claudicazione; lieve flessione-adduzione dell'arto. Anca integra: zona dolorosa alla superficie dell'ileo, specie alla cresta. MONTELEONE.

Tubercolosi dell'ilo

Questa condizione non può essere negata, come generalmente fanno gli anatomopatologi, nè ammessa con troppa facilità.

G. Hebert e C. Gouldesbrough (*Arch. of Radiol. and Electrother*, giugno 1922) riportano sei casi, coi relativi reperti radiologici, alcuni di malattia arrestata o quiescente, altri di malattia progressiva che si estende dall'ilo per contiguità, o mediante focolai a distanza, secondo il concetto degli AA.: talchè dei focolai sottopleurici potrebbero direttamente derivare da una lesione ilare.

La questione è in stretto rapporto con l'anatomia del sistema linfatico polmonare. Secondo Poirier e Charpy vi è una rete sottopleurica, dei tronchi periarteriosi, e una o due reti peribronchiali. I tronchi periarteriosi originano dal tessuto sottopleurico, ma è dubbio se comunichino liberamente con la rete peribronchiale, come crede O' Brien.

Quando la tubercolosi si sviluppa in una ghiandola ilare che riceve un vaso bronchiale, la fibrosi infiammatoria e la calcificazione ostruiscono lo scarico di questo vaso, e da esso è presumibile che la linfa passi mediante anastomosi nei vasi vicini. Pertanto tra la ghiandola e le anastomosi la corrente ha un corso inverso, ed ogni bacillo tubercolare che sfugge alla ghiandola segue questa corrente inversa; nelle strette anastomosi può arrestarsi e dare un focolaio che si estende nel parenchima. La sede del focolaio dipende dalla situazione dell'anastomosi, e questa può dipendere in larga misura dall'efficienza delle valvole dei vasi linfatici. Solo così è dato spiegare, secondo gli AA., i focolai a distanza.

DORIA.

Le reazioni cutanee nella tubercolosi.

La cutireazione tubercolinica, al pari di quella eseguita con altre tossine batteriche, può venire influenzata (intensificata oppure attenuata) oltre che da stimoli specifici (iniezioni di tubercolina) anche da stimoli aspecifici di varia natura. Se la cute di un organismo è già soggetta ad uno stimolo sufficientemente intenso, essa non reagisce o reagisce solo debolmente al nuovo stimolo rappresentato dall'innesto di tubercolina. Questo fenomeno si può dimostrare sperimentalmente su singoli territori cutanei: la cutireazione eseguita su tratti di cute irradiati con la luce di quarzo o coi raggi X riesce più debole che non quella

eseguita su un tratto di cute normale dello stesso soggetto. Al contrario uno stimolo cutaneo aspecifico (iniezioni di proteine, di ormoni, di adrenalina, irradiazioni, ecc.) che colpisce la pelle dove già si è praticata la cutireazione, la intensifica e la fa riapparire se già scomparsa.

Forse l'azione di questi stimoli aspecifici sul decorso della cutireazione dipende dall'alterazione della permeabilità vasale che essi determinano.

(W. LÖWE. *Munch. med. Wochenschr.*, n. 31, 1922). POLLITZER.

TERAPIA.

L'azione diuretica dei sali di calcio.

Blum di Strasburgo ha dimostrato che i sali di calcio hanno una notevole azione diuretica in tutti i malati che presentano edemi.

Nei fenomeni di idratazione da cui dipendono gli edemi, secondo le esperienze di Blum, l'elemento causale dominante non è il cloro, ma il sodio. La ritenzione d'acqua è accompagnata da ritenzione di sodio e tutte le disidratazioni sono accompagnate da un'eliminazione di sodio in eccesso su quello ingerito.

Per fare quindi urinare un malato affetto da edemi occorre spostare il sodio, e ciò si può ottenere con la ingestione di calcio.

Il calcio introdotto nell'organismo provoca negli umori un aumento del tasso del calcio ed una diminuzione del tasso del sodio.

Somministrando ad un malato sali di calcio si provoca eliminazione di sodio per le urine ed inversamente, somministrando cloruro di sodio ad un malato, che precedentemente ha ingerito sali di calcio, si provoca eliminazione di quest'ultimo.

Una donna affetta da edemi generalizzati, di origine ignota, fu sottoposta al trattamento abituale delle idropisie (regime declorurato, teobromina, scilla, digitale). In questa malata la ingestione di cloruro di sodio determinava ritenzione di acqua con aumento di peso. Viceversa in seguito alla somministrazione di sali di calcio si ebbe disidratazione rapida e diminuzione notevole di peso.

Un uomo affetto da nefrite idropigena, che aveva tentato senza successo ogni sorta di cure, sotto l'influenza del calcio migliorò sensibilmente: il peso diminuì, le urine aumentarono, l'albumina diminuì.

In una donna affetta da glomerulo-nefrite emorragica acuta, si ottenne in sette giorni una notevole disidratazione con diminuzione del peso di 13 chilogrammi; la diminuzione del peso si arrestò appena fu sospesa la somministrazione del calcio; la ripresa della cura provocò una nuova diminuzione di peso ed un aumento delle urine.

In parecchi casi di cirrosi epatica con ascite il cloruro di calcio ha esercitato una favorevole influenza facendo diminuire l'ascite; ma dopo un periodo di miglioramento si ha un rallentamento ed un arresto del progresso. Poichè le condizioni dello stomaco non consentirono di aumentare le dosi di cloruro di calcio al di là di un certo limite, se ne dovette dopo cinque o sei giorni sospendere la somministrazione, per riprendere dopo sette o otto giorni.

Blum preferisce il cloruro di calcio secco granulare, somministrandolo in dosi quotidianamente progressive da 15 a 30 gr. Egli suggerisce la seguente formula:

Cloruro di calcio secco granulare gr. 45
Acqua . . . . » 150

Di questa soluzione si danno ogni 24 ore a distanza di tempo dieci cucchiai, uno alla volta, diluiti in acqua aranciata o con sciroppo.

La ingestione del medicamento può provocare qualche disturbo digestivo: vomiti, diarrea, stipsi. Per ovviare alla intolleranza gastrica si può tentare quest'altra formula:

Cloruro di calcio secco granulare gr. 30
Amido solubile . . . . . . » 30
Sciroppo di limone . . . . . . » 100
Acqua . . . . » 20

In ogni caso i malati sottoposti alla cura devono essere attentamente sorvegliati. Lo stesso Blum ha notato che nelle idropisie di origine cardiaca il cloruro di calcio di solito non produce alcun effetto diuretico. D'altra parte in quei casi nei quali la diuresi è alterata, l'ingestione di forti dosi di cloruro di calcio espone il paziente ad una modificazione della composizione minerale del sangue e degli umori, donde la possibilità di disturbi generali gravi. Nei casi refrattari quindi non conviene prolungare la cura oltre il quinto o sesto giorno.

dr.

ERRATUM. — Al Congresso di odonto-stomatologia il dott. Andrea Toni ha fatto una comunicazione non sulla piorrea alveolare, come dal nostro resoconto (fasc. 43), ma sull'area Celsi, sostenendo che in alcuni casi l'eziologia dentaria dell'affezione è evidente e illustrando un caso dimostrativo, su 105 affermati.

IGIENE.

I treponemi nello sperma.

Osservazioni cliniche ed esperienze di laboratorio hanno fino ad ora mantenuta aperta la questione del potere contagiante dello sperma nei riguardi della sifilide. Mentre alcuni ricercatori (Roux, Metchnikoff, Finger, Landsteiner) tentarono con successo l'inoculazione dello sperma di individui sifilitici nella scimmia, altri (Neisser, Hoffmann) ottennero risultati negativi. D'altra parte la constatazione della mancanza di alcun segno di infezione luetica sia clinicamente che sierologicamente in donne che davano alla luce feti con manifesti segni di sifilide ereditaria, metteva in campo la possibilità di un contagio dell'uovo per mezzo dello sperma senza contagio della madre, e l'ipotesi che il feto così contagiato potesse infettare secondariamente la madre durante la vita intrauterina. Contro tale ordine di idee già formulate da Diday e Fournier, si oppose Carle affermando che numerosi esami di sangue hanno dimostrato che una siero-reazione positiva nel padre e nel figlio lo è ugualmente nella madre, e che quando solo il padre è contagiato, ordinariamente i figli che nascono sono indenni da qualsiasi manifestazione luetica.

A tale concezione, si oppongono quelle osservazioni cliniche che si riferiscono a donne obiettivamente perfettamente sane e con R. W. ripetutamente negativa, mentre i figli risultano affetti da infezione luetica.

R. Lakaye in un articolo pubblicato negli *Archives Médicales Belges* (1922, n. 5), dopo avere accennato allo stato attuale del problema nei rapporti di contagio nell'infezione luetica fra genitori e feto, riporta alcune sue interessanti ricerche tendenti a dimostrare la presenza delle spirochete nello sperma. L'A. ha preso in esame lo sperma di 22 malati di sifilide nello stadio secondario, raccogliendolo mediante lavaggio della vescica e del canale uretrale, dopo massaggio e spremitura delle vescichette seminali.

Il liquido così ottenuto era centrifugato, e la ricerca veniva praticata nello strato superficiale del residuo ottenuto con la centrifugazione. Su tale parte l'A. ha ricercato gli spirocheti sia direttamente all'ultramicoscopio o con le colorazioni del Fontana, Tribondeau, e del Giemsa, o indirettamente mediante inoculazione nella camera anteriore dell'occhio di conigli.

Sui 22 spermi esaminati, il treponema è stato ritrovato 5 volte microscopicamente. Esso si presentava libero negli esami compiuti all'ultramicroscopio, mentre nei preparati colorati appariva fissato allo spermatozoo, talora sulla testa, talora alla coda.

Le inoculazioni nei conigli hanno dato i seguenti risultati. Dieci casi sono stati completamente negativi; 3 casi hanno presentato una infezione purulenta, nove casi hanno dimostrato da 15 a 20 giorni dopo l'inoculazione tutti i segni della cheratite parenchimatosa. In questi nove casi, l'esame dell'occhio dopo impregnazione col metodo di Levaditi e Manouélian, e con quello di Bertarelli e Volpino, soltanto 2 volte ha fatto rilevare la presenza di numerosi treponemi nella cornea.

Risulta quindi che lo sperma dei sifilitici nel periodo secondario è contagioso, ma soltanto ulteriori ricerche potranno dire in quale momento dell'infezione esso divenga contagioso, e per quanto tempo come tale permanga.

TRENTI.

VARIA

Il bisogno di sonno dei bambini.

L'Ufficio della Sanità pubblica degli Stati Uniti ha richiamato l'attenzione sulla necessità di sonno per i bambini. Se il sonno è insufficiente i bambini sono nervosi, stanchi e svogliati, apprendono male a scuola, si sviluppano imperfettamente.

La durata del sonno dovrebbe crescere col diminuire dell'età, secondo i precetti dettati recentemente dal Consiglio Sanitario Londinese, e cioè:

a 4 anni 12 ore di sonno;
a 5-7 anni 11-12 ore di sonno;
a 8-11 anni 10-11 ore di sonno;
a 12-14 anni 9-10 ore di sonno.

È anche da fare in modo che i bambini non restino troppo a lungo desti la sera, essendo preferibile che si levino presto al mattino.

(*American Medicine*, agosto 1921).

a. p.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Riforma Med., 14 ag. — A. ROSSI e P. MARCOVICH. Modificabilità del tono muscolare dello stomaco sotto l'influsso farmacologico. — R. RASERO. Influenza dei raggi ultravioletti sulla cicatrizzazione di ulcere e piaghe. — G. CICCONARDI e M. REALE. Auroterapia antitubercolare.

British Med. Journ., 19 ag. — F. D'HERELLE. Il batteriofago (discuss.). — M. H. GORDON e J. MCINTOSH. Batteriologia dell'influenza (discuss.).

Journ. de Méd. de Paris, 12 ag. — V. PAUCHET. Le mammiti stercoremiche.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9709) *Pensioni.* — Dott. A. B. da S. M. in C. — Ella riscatta gratuitamente i due anni di servizio fatti prima della entrata in vigore della legge sulle pensioni. Ora ha 26 anni di servizio valutabili. Liquiderà annue lire 987 di pensione.

(9710) *Ufficiale sanitario.* — Dott. P. M. da N. — Nessuna incompatibilità esiste fra un ufficiale sanitario ed un medico ospedaliero. I due uffici si possono bene esercitare contemporaneamente.

(9712) *Servizio ospedaliero.* — Dott. E. B. da S. T. N. — L'istituzione del nuovo chirurgo è fatta con l'accordo del Comune, e perciò Ella è esentata dal prestar servizio più oltre all'ospedale. Il Comune può riformare l'organico nel senso indicato, senza compenso, essendo tali eventi considerati come casi di forza maggiore. A Lei non conviene citare il Comune per danni.

(9713) *Visita alle case di nuova costruzione.* — Dott. A. M. da S. R. — La visita alle case di nuova costruzione è resa obbligatoria dall'art. 69 della legge sanitaria; epperò essa deve essere eseguita gratuitamente dall'ufficiale sanitario. Ha, però, tale funzionario diritto al mezzo di trasporto od al rimborso della equivalente spesa, sempre a carico del Comune nel sui interesse la visita si esegue.

(9715) *Pensioni.* — Dott. M. S. da V. di P. — Con la nuova legge può far valere per la pensione i sei anni di università e l'anno 1898, sicchè potrà liquidare su 32 anni di servizio l'annua somma di lire 3264 e con 25 anni di servizio annue lire 1893.

(9716) *Pensioni.* — Dott. F. S. da M. — Gli anni di interinato fatti prima della iscrizione alla Cassa non si possono riscattare. Se fatti dopo l'inscrizione, sono calcolati come utili al solo scopo di affrettare l'acquisto del diritto a pensione. Il servizio militare è valido, se prestato con interruzione di carriera ai sensi dell'art. 30 del testo unico. Il periodo di tempo trascorso come ufficiale sanitario, è calcolato come utile agli effetti della pensione, sempre che non concorra con il tempo passato come medico condotto. Esponga il caso all'ufficio sanitario provinciale.

(9718) *Indennità caro-viveri.* — Dott. S. N. da C. — A Lei compete l'indennità caro-viveri massima di lire 100, come ammogliato con figli. Le spettano inoltre tante quote suppletive quante sono le persone di famiglia compresa la moglie. Alla moglie compete solo la indennità minima personale stabilita dalla legge.

(9719) *Pensioni.* — Dott. T. N. da F. V. — Con la nuova legge potrà riscattare i due anni di servizio militare ed i sei anni di studio universitario. Si dovrà pagare all'ufficio provinciale sanitario per tale riscatto, la somma di lire 6400. La legge non accenna a pagamento rateale. Liquiderà la somma di lire 4371 compresi i versamenti volontarii, fatti per lire 2112. Si spera che la nuova legge possa avere sollecita applicazione, rispondendo essa ad un bisogno vivamente sentito dalla intera classe impiegatizia dei medici.

Doctor JUSTITIA.

Libere docenze. — Al dott. G. C., abb. numero 5151(4):

Per conseguire la libera docenza occorre inoltrarne domanda al Ministero della P. I., specificando se per titoli o per esami. Nel secondo caso deve svolgersi una tesi, su tema stabilito dalla Commissione. Si deve sempre tenere una lezione pubblica, per saggiare l'attitudine didattica del candidato, ed eseguire una prova pratica. La domanda va corredata dalla ricevuta di pagamento della tassa. La tesi va stampata. P.

CONCORSI

POSTI VACANTI.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di ufficiale sanitario per 11 comuni (v. fasc. 29) è prorogata alle ore 12 del 30 nov.

LUBRIANO (*Roma*). — Proroga al 23 nov., ferme restando le altre condizioni.

MONDOLFO (*Pesaro*). — Consor. A tutto 16 nov.; abit. 2002; L. 7000 fino a 500 pov., L. 1000 disag. resid., doppio c.-v., L. 3 addizion., 5 quadrienni dec.; cav. provvista dall'Amm. consorz. Età limite 40. Chiedere annunzio.

MONTEFRANCO (*Perugia*). — A tutto il 30 nov., L. 6000 e 3 quinq. decimo, due c.-v.; convenzione con i non compresi nell'elenco dei poveri, già esistente e che il titolare potrà confermare; abitazione. Il medico non deve avere impegni con la C. R. nè con altri Enti, nè obblighi di serv. milit. trascorso il periodo obbligatorio di reclutamento. Servizio entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

ROMA. *R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica dell'Università.* — Aiuto effettivo; vedi fascic. 41. Scad. 30 nov.

S. CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 30 nov.; 3ª cond., resid. a Palazzone, L. 6000 e 8 trienni ventesimo, L. 2000 trasp., c.-v.

VALL'ALTA (*Bergamo*). — Cond. residenz. Vall'Alta-Frazioni Albino; a tutto 16 nov. Ab. 4036 di cui circa 1000 pov.; km. 7. L. 6500 più L. 250 ogni centinaio dopo il primo migliaio sino a 2000 e L. 350 oltre; c.-v. di legge; L. 500 quale uff. sani.; L. 500 mezzi trasp.; L. 300 spese ambulat.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sezione Tubercolosi (sito in Isola di Sacca Sessola); L. 4800, oltre indenn. residenza L. 1500 e indenn. c.-v. L. 3600; vitto. Serv. di guardia. Titoli ed esami. Nomina e conferma biennali. Età limite 39. Docum. al Protocollo non oltre ore 17 del 20 nov. Chiedere annunzio.

Concorsi a premio.

Fondazione Corsi.

È aperto presso la R. Università di Roma il concorso fra i laureati della Facoltà di Medicina e Chirurgia a due posti di studio della Fondazione Corsi. Possono concorrervi coloro che documenteranno di avere conseguita la laurea medico-chirurgica in detta Università da non oltre un triennio solare dopo avervi frequentato i corsi per due anni almeno; debbono inoltre aver conseguito negli esami speciali e generali una media di 24/30.

Le istanze per ammissione al concorso (in carta bollata da L. 1) dovranno essere presentate al Rettorato entro 40 giorni a decorrere dal 31 ottobre; in esse i concorrenti dovranno dichiarare in quale branca di scienza sperimentale o pratica intendono perfezionarsi. Sono ammessi al concorso anche coloro che vinsero i premi nel concorso precedente, purchè presentino nuove memorie originali. Cessa il diritto ad ulteriore conferma in chi ha goduto il premio per due anni. Il concorso seguirà a mezzo di una o più memorie originali, che i concorrenti dovranno consegnare in Rettorato non più tardi del 30 giugno 1923. Il concorso sarà deciso entro il mese di dicembre 1923. Il premio, di L. 250 mensili, dura otto mesi, a cominciare dal 1° gennaio 1924. Il godimento del premio è incompatibile col godimento di altri premi e con gli uffici di aiuto, assistente o tecnico e simili negli Istituti universitari o d'insegnante di qualunque grado nelle scuole pubbliche o private.

Fondazione Colasanti.

È aperto presso la R. Università di Roma un concorso a un premio della Fondazione Colasanti fra i laureati in medicina e chirurgia nella stessa Università durante l'ultimo quadriennio scolastico e che vi abbiano seguito l'intero corso Universitario.

Domanda entro 30 giorni dal 1° novembre. Il concorso seguirà a mezzo di una o più memorie originali a stampa, trattanti argomenti di farmacologia sperimentale; esse dovranno essere consegnate nel Rettorato non più tardi delle ore 17 del giorno 1° giugno 1923. Il concorso sarà deciso nel mese di luglio 1924; il premio sarà di L. 1200 (milleduecento) e verrà pagato al vincitore in otto rate uguali mensili posticipate.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con R. Decreto 2 luglio 1922 è stata conferita la medaglia di bronzo al valor militare al professor dott. Carlo Alberto Crispolti, con la seguente motivazione:

«Crispolti Carlo Alberto, capitano medico di complemento 1° Reparto someggiato Sezione Sanità Truppe suppletive IX Corpo d'Armata:

«Sotto violento bombardamento che produceva perdite di personale, di quadrupedi e rovine di materiale, con ammirevole prontezza, serenità, intrepidezza ed energia, provvedeva allo sgombero e alla salvezza dei numerosi feriti degenti nei posti di medicazione, ed eseguiva quindi pericolose ricognizioni, per cercare località adatta a sistemarvi il proprio reparto, che prontamente e sotto il fuoco nemico trasferiva, in modo da metterlo subito in grado di funzionare nuovamente. — Col di Lana, 8 agosto 1915».

Il S. Tenente medico di complemento Di Tullio Benigno, con R. D. 24 agosto 1922, è stato insignito della medaglia di bronzo della Sanità pubblica per benemerenze acquistate durante la epidemia influenzale 1918-19 nella prov. di Cosenza.

Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. dott. Turtur, specialista otorinolaringoiatra dei Fate-Bene-Fratelli, è nominato cavaliere ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia.

Pure recentemente, su proposta del Direttore generale della C. R. I., veniva insignito della medaglia d'argento al merito, per benemerenze di servizio nella zona di guerra e territoriali.

Il prof. Gustavo Quarelli, medico primario dell'ospedale S. Giovanni e della città di Torino, è nominato grand'ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Agosto 1922.

MALATTIE	31 luglio 6 agosto		7-13 agosto		14-20 agosto		24-27 agosto		28 agosto 3 settem.	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo . . .	123	461	93	372	89	282	74	189	57	182
Scarlattina . .	84	180	75	175	67	109	84	184	73	174
Vajuolo e vajoloide. . . .	2	5	—	—	—	—	—	—	3	5
Tifo addominale	323	718	370	923	389	956	380	942	455	1164
Difterite e croup	95	135	83	127	108	143	122	194	115	160
Meningite cerebro spinale. .	1	1	1	1	—	—	1	1	—	—
Dissenteria . .	27	62	24	50	46	96	55	193	47	105
Tifo petecchiale. . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colera asiatico	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Peste bubbon.	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Avrà luogo dal 10 gennaio al 10 marzo 1923, nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, per laureati in Medicina e Chirurgia, ed eventualmente per laureati in Veterinaria, Chimica, Chimica-Farmacia e per diplomati in Farmacia. Il corso sarà svolto tenendo conto dei programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario. Tassa di L. 300.30 e sopratasse. Le iscrizioni si ricevono fino al 9 gennaio, ed essendo limitato il numero dei posti disponibili, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

È stato stabilito il programma dell'anno scolastico 1922-23. Gli interessati potranno farne richiesta alla Segreteria della Scuola Medica Ospitaliera - Roma, Policlinico Umberto I.

Assemblea della Confederazione delle Opere antitubercolari italiane.

Il 25 ottobre, nell'aula della Clinica Medica in Firenze, ha avuto luogo l'assemblea dei rappresentanti le opere antitubercolari italiane per la nomina del Consiglio direttivo della Confederazione, sorgente con rinnovate vitali energie.

Presiedeva alla seduta il senatore Foà e fungeva da segretario il dott. Della Seta. Erano anche presenti: il prof. Sclavo (Firenze), il prof. Abba (Torino), il prof. Divestea (Siena), il prof. Mendes (Roma), il prof. Palomba (Roma), il senatore Pascale (Napoli), il prof. Fagiuoli (Verona), il dott. Roatta (Firenze), il dott. Bocchetti (Anzio), il dott. Botti (Napoli), il dott. Bianchini (Careggi) e molte dame che dànno la loro proficua opera contro la tubercolosi.

Dopo vivace discussione, si è proceduto alla votazione per l'elezione del nuovo Consiglio che è risultato così composto: presidente, on. dott. Paolucci, medaglia d'oro, deputato al Parlamento; vice-presidente, prof. Abba (Torino); segretario generale, prof. Mendes (direttore del Sanatorio Cesare Battisti della Croce Rossa Italiana); Consiglieri: prof. Fagiuoli (direttore primario Ospedale Civile (Verona); prof. Vittorelli (Genova); prof. Facchini (Bologna, primario Ospedale Tubercolosi); prof. Roatta (direttore Dispensario Firenze); prof. Signorelli (direttore Dispensario Roma); dott. Botti (Napoli); prof. Manfredi (Palermo); prof. Binaghi (Cagliari); prof. Campi (Milano); prof. Cristofanini (Livorno). Il prof. senatore Foà proclamò gli eletti ed a lui rivolse simpatiche e cordiali parole il prof. Divestea.

Per l'assistenza e la protezione dell'infanzia.

Il 26 ottobre si adunò al Ministero dell'Interno la Commissione Reale nominata recentemente per lo studio dei provvedimenti legislativi a favore dell'infanzia e specialmente dell'infanzia abbandonata e senza alcuna protezione.

Presiedeva l'on. Fumarola, il quale tenne un elevato discorso; parlò anche il sen. Salvia. Alla discussione che seguì parteciparono l'on. Salvia, il prof. Sturzo, il prof. Levi, l'on. Foà, l'on. Capasso, il prof. Jemma, il prof. Tropeano, l'on. Casertano, il sen. Pironti, il sen. Ciraolo. Si stabilì di dividere il lavoro della Commissione in Sottocommissioni.

Le Sottocommissioni tratteranno i seguenti argomenti: *Organi centrali, provinciali e locali per la protezione e l'assistenza dell'infanzia; Protezione e assistenza delle madri durante la gravidanza, il parto e il puerperio, delle madri nutrici e della prima infanzia; Protezione fisica e morale dell'infanzia; Protezione e assistenza di categorie speciali dell'infanzia (fanciulli materialmente e moralmente abbandonati, deficienti e anormali, traviati e delinquenti).*

Della Sottocommissione fanno parte autorevoli sanitari e varie signore.

Scuola professionale per infermiere.

La Sezione Lombarda dell'Associazione Nazionale tra Infermiere ha patrocinato l'istituzione di una *Scuola professionale per infermiere,* retta da un Comitato autonomo e costituita in forma che ne permetta la frequenza a un grande numero di giovani.

La Scuola svolgerà i suoi corsi in due anni, e nel primo anno le lezioni saranno disposte in modo che vi possano assistere anche le allieve di altre scuole (Normali, Classiche, Tecniche), guadagnando così un anno di tempo. In questo modo la giovane che esce dalla Scuola Normale o dal Liceo o dall'Istituto Tecnico, si trova già avviata verso il diploma d'infermiera, professione alla quale potrà eventualmente dare la preferenza vista l'attuale difficoltà per le insegnanti di trovare impiego.

Tanto la Scuola quanto i Corsi avranno sede presso i RR. Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano il cui appoggio ed aiuto accrescono alla scuola stessa serietà ed importanza.

Il Comitato della Scuola, in unione con il Consiglio della Sezione Lombarda dell'Associazione Nazionale Infermiere, raccomanda vivamente di far conoscere alle giovani di superiore cultura la nuova Scuola ed i vantaggi materiali e morali che dalla nuova professione esse potranno trarre per sè e per l'umanità.

Il Comitato, presieduto dal sen. prof. Luigi Mangiagalli, è così formato: comm. prof. C. Cattaneo, comm. prof. L. Devoto, Donna Annita Cernezzi, Sig.ª M. Cossy-Vogel, Sig.ª L. Koelliker, Sig.na Poss. Chiesa, Contessa Terni De Gregory, Sig.na M. Valenzano.

Rivolgersi per iscrizioni e schiarimenti all'Associazione Nazionale Infermiere - Via S. Paolo, 10, p. 2° - Milano.

Raccapricciante fine di un medico in Russia.

I giornali recano che il dott. Kryloff, da varî anni direttore dell'Istituto Pasteur della città di Samara, chiamato d'urgenza a visitare un infermo, non fu più veduto; in seguito a ricerche si potè scoprire che era stato ucciso e mangiato; lo scheletro fu ritrovato entro una botte.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Amer. Med. Assoc., 12 ag. — J. A. GARDNER. Tendenze socialiste in medicina. — L. J. POLLOCH. Movimenti muscolari accessori nella paralisi del deltoide.

Pathologica, 15 ag. — R. PORCELLI. Hemosporosi cutanea: dimostrazione della hemispora nei tessuti. — E. BANCHIERI. Ricerche sul complemento emolitico nell'uomo.

Giorn. di Clin. Med., 10 ag. — A. ROSSI. Sulla forma del cuore umano. — C. BARINETTI. Sulla nefrosi lipoidica.

Lancet, 19 ag. — A. F. HESS Influenza della luce sulla profilassi e cura del rachitismo. — C. B. HEALD. Valore degli esercizi respiratorî.

Deutsche Mediz. Wochens., 18 ag. — FÜRBRINGER. Ricerca della piuria secondo Donné. — W. KRAUSE. Sul trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica e duodenale.

Spitalul, lug.-ag. — G. MARINESCO e DRAGANESCO. Sindrome bulbare consecutiva a turbe della circolazione da tromboarterite.

Revue Neurolog., giu. — Resoconto della Riunione neurologica del 2-3 giugno.

Journal Am. Med. Assoc., 5 ag. — E. D. CHIPMAN. Necessità e compiti della dermatologia. — C. VOEGTLIM. Limitazioni della medicazione endovenosa.

Mediz. Klinik, 20 ag — E. BRUGSCH. L'esame della costituzione e la dottrina della personalità.

Riforma Med., 21 ag. — G. DASTALDI. Del linfogranuloma maligno.

Journ. d. Praticiens, 19 ag. — MARFAN. La broncopolmonite nella prima infanzia.

Paris Méd., 5 ag. — Numero sulle malattie dei reni e delle vie urinarie.

ARCHIVI.

Americ. Journ. of Med. Sciences, ag. — W. DE P. INLOW. La milza e la digestione. — I. W. HELD Il gastrospasmo. — A. O. WILENSKY. La migliore tecnica per la gastroenterostomia, determinata dai risultati funzionali. — M. D. MC NEAL. Glandola sessuale maschile e creatinuria. — G. J. EBRIGHT. Diagnosi differenziale dell'encefalite epidemica — F. PORTER-MILLER. L'esercizio nella tubercolosi dal punto di vista neuromuscolare.

Amer. Journ. of Obstetr. a. Gynec., ag. — S. H. GEIST. Digitalizzazione preoperativa per ridurre le complicazioni post-operative. — A. F. R. ANDERSEN. Sintomi gastrici riflessi nelle malattie degli organi pelvici femminili. — G. C. H. MC PHEETERS. Prevenzione delle striae gravidarum, della diastasi dei muscoli retti, della visceroptosi e della ptosi mammillare in gravidanza.

Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1922, n. 10. — J. M. ROMBOUTS. La sindrome di Parkinson nella encefalite epidemica. — J. VAN ASSELT. Tre casi di intossicazione da neosalvarsan.

Id., n. 13. — P. C. KORTEWEG e U. G. BIJLSMA. Ricerche cliniche e farmacologiche sul chininoeufisol. — J. GOUDSMIT. Rapporto fra ricambio dei lipoidi ed anemia emolitica.

Id., n. 14. — B. PLATENGA. Protezione del neonato prematuro. — L. BODK. Deformità congenite e teoria della fetalizzazione. — A. PEUTZ. Applicazioni cliniche del siero tripanosomicida.

Id., n. 14. — J. S. OUDEMANS-HOCKSMA. Diagnosi e prognosi dei vizii cardiaci congeniti. — J. KOENEN. La legge biologica di Arneth e l'eziologia della rachitide. — J. SCHAAP. L'*eventratio* nell'ernia diaframmatica.

Annali d'Igiene, lug. — T. PONTANO. Tipi di pneumococchi in Italia. — F. NERI. Le basi scientifiche della profilassi antitubercolare.

Annales de Méd., lug. — M. LETULLE e F. BEZANÇON. La pneumonite dissecante necrotica. — A. RADOVICI. La semeiologia del riflesso palmo-mentoniero.

Ann. di Clin. Med., 15 mag. — U. LOMBOSO, V. SIRACUSA. Sul metabolismo dei grassi. — A. CALDERONI, G. DI MACCO, S. LA MENDOLA. Ricerche sperimentali sulla fagocitosi.

Journ. of Nervous and Mental Disease, luglio. — W. A. WHITE. Tendenze, sviluppo, rapporti della psicopatologia. — C. A. NEYMANN e L. HEKTOEN. Precipitine e liq. aracnoideo. — SIDANICHI KITABAYOSHI. Il plesso coroideo nelle malattie organiche cerebr. e nella schizofrenia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 20 Novembre 1922 Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof R. ALESSANDRI.

Studi sperimentali sull'idrocefalo.
Nota I.

dott. ANGELO CHIASSERINI
docente-chirurgo aiuto degli Ospedali.

La patogenesi dell'idrocefalo è stata in questi ultimi anni oggetto di studi importanti.

Facendo seguito alle osservazioni anatomopatologiche di idrocefali parziali, in cui furono trovate ostruzioni neoplastiche, o infiammatorie, o parassitarie delle vie di comunicazioni o di deflusso del liquido cerebro-spinale, alcuni AA. hanno tentato di riprodurre questo tipo d'idrocefalo sperimentalmente.

Di essi va ricordato principalmente Dandy: le sue ricerche sono molteplici e originali, i risultati conseguiti notevoli. Egli ha potuto ottenere nei cani tipi varî d'idrocefalo, ostruendo, o il canale di Silvio o un forame interventricolare; o provocando la formazione di aderenze intorno al mesencefalo; o allacciando la grande vena di Galeno vicino al suo sbocco nel seno retto.

All'infuori di quest'ultimo tipo, dovuto ad una produzione aumentata di liquor, gli altri sono idrocefali da ostruzione. Ed anche nell'uomo la maggior parte degli idrocefali sarebbe da ostruzione, sia che questa abbia sede a livello delle comunicazioni interventricolari, o dei ventricoli con la grande cisterna cerebello-midollare; sia che si trovi fra questa e le cisterne basali anteriori, e la escluda dallo spazio subaracnoideo delle circonvoluzioni, ove si verificherebbe il maggiore riassorbimento del liquor.

Ai plessi coroidei sarebbe esclusivamente devoluta la secrezione del liquido cerebro-spinale, ed invero la loro asportazione coincidente con l'occlusione di un forame interventricolare non è seguita dall'accumulo di liquor nel ventricolo escluso.

Dandy ha potuto anche applicare, con notevole successo, queste sue vedute, su alcuni bambini sofferenti d'idrocefalo.

***

In una prima serie di ricerche, eseguite nel 1921, ho cercato di ostruire l'acquedotto di Silvio del cane, introducendovi dei batuffolini di garza o delle palline di paraffina.

La tecnica adottata, dopo varî tentativi, fu la seguente:

Animale in decubito prono; narcosi eterea. Incisione mediana longitudinale delle parti molli, dalla protuberanza occipitale esterna verso la nuca per circa 8 cm. Divaricando con forza dai due lati i muscoli della nuca, dopo sezione del rafe mediano, e distaccando parte delle loro inserzioni alla squamma occipitale sotto la protuberanza, si scopre un tratto di osso e lo si asporta. La breccia ottenuta, presso a poco circolare, grande circa 2 cm², deve interessare in basso il margine posteriore del forame occipitale. Non deve essere troppo estesa lateralmente, per evitare gravi emorragie venose.

Incisa la dura, appare un tratto della faccia superiore e del margne posteriore del cervelletto. Questo viene delicatamente sollevato, in modo da tendere la tela coroidea del 4° ventricolo, che, a sua volta, è incisa. Il pavimento del 4° ventricolo è così esposto, ed una notevole quantità di liquor fuoriesce.

Rapidamente un batuffolino di garza, bagnato di soluzione salina normale calda, è spinto con la punta di una sonda, piegata quasi ad angolo retto, esattamente lungo la linea mediana, sfiorando appena la superficie ventricolare, verso l'innanzi per circa cm. 1 ½. Il senso di resistenza, che s'incontra, denota che il batuffolo si è impegnato nell'acquedotto di Silvio. La sonda è allora ritirata, e la spatola tolta. Il cervelletto si riadagia sul bulbo. La dura non viene suturata. Riunione delle parti molli.

Ho tenuto a dare qualche dettaglo di tecnica. Ciò ha la sua importanza anche in chirurgia sperimentale.

L'emorragia venosa, qualche volta assai notevole, che si provoca spingendo la resezione ossea un po' troppo lateralmente, può essere controllata con pezzetti di muscolo o meglio con paraffina molle.

Il pericolo maggiore consiste nello spingere il batuffolo di garza non esattamente lungo l'acquedotto, penetrando invece nella sostanza cerebrale, o nello spingerlo troppo innanzi verso il 3° ventricolo.

Anche nei casi in cui nessuna lesione della fossa romboidale, o del cervelletto, o dei peduncoli cerebellari si è verificata durante l'operazione, l'animale, appena liberato dai legami, trovasi in stato di profondo abbattimento. Questo s'inizia con la esposizione della fossa romboidale e con l'abbondante fuoriuscita di liquor: da questo momento la narcosi può essere tralasciata.

Dopo qualche ora (talora dopo 1/2 giornata) l'animale torna a reagire normalmente, o mostra segni di forte eccitazione.

La maggior parte degli animali è morta nelle prime due settimane. In alcuni casi l'esito letale era facilmente spiegato dalle lesioni cerebrali prodotte durante l'operazione. In altri il batuffolo di garza, forse troppo voluminoso, si trovava, o nell'iter, o nel 3° ventricolo,



FIG. 1ª.

e doveva aver esercitato una notevole compressione sulle strutture limitrofe.

Nei casi di quest'ultima categoria esisteva una dilatazione di vario grado del 3° ventricolo e dei ventricoli laterali (fig. 1) un notevole grado d'iperemia della sostanza cerebrale, e talora delle emorragie nel 3° ventricolo.

Solo in un caso l'animale visse abbastanza a lungo; esso fu sacrificato dopo tre mesi. In



FIG. 2ª.

questo caso il batuffolo di garza, spinto traverso la parte più ventrale dei peduncoli cerebellari, era penetrato verso l'estremo anteriore dell'acquedotto, che però non occludeva completamente. Si notava solo una discreta dilatazione del 3° ventricolo (fig. 2).

L'animale, come unico sintoma, aveva presentato un forte ottundimento, ed una tendenza a vivere solo.

Anche in questo, come in molti altri cani, avevo notato, nei primi giorni dopo l'operazione, un periodo transitorio di agitazione motoria disordinata.

Dai risultati di questa prima serie di ricerche credo si possa concludere:

1° L'occlusione, per mezzo di corpi estranei, dell'acquedotto di Silvio nel cane è possibile, ma rappresenta un intervento molto grave.

2° La perdita rapida e abbondante di liquido cerebro-spinale da sola, o insieme con la esposizione all'aria dei centri della fossa romboidale, causa una depressione profonda, ma transitoria, delle principali funzioni dell'animale.

3° L'occlusione dell'iter conduce rapidamente ad una dilatazione dei ventricoli laterali e del 3° ventricolo; la dilatazione può essere limitata a quest'ultimo se la occlusione è incompleta.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. ISTITUTO DI STUDI SUPERIORI DI FIRENZE.
CLINICA DERMOSIFILOPATICA
diretta dal prof. CELSO PELLIZZARI.

Alcuni casi di vaccinodermie da contagio diretto. (1)

Dott. CAMILLO RAMORINO, assistente volontario.

La relativa frequenza con la quale in poco più di un mese abbiamo potuto constatare alcuni casi di vaccinodermie localizzati in diverse regioni del corpo ci permette con la descrizione dei casi sottoriportati di fare qualche considerazione di indole pratica che non è disutile rendere di pubblica ragione.

OSSERVAZIONE I. — 11 giugno 1922. Tani Anna, da Galliano (Toscana), di anni 57 maritata con tre figli sani. Non ha mai subito vaccinazione antivaiolosa.

Riferisce che in casa era abituata a custodire e a dormire insieme ad un piccolo nipote di 12 mesi al quale in questi ultimi giorni era stata praticata la vaccinazione con tre scarificazioni, delle quali una sola dette esito positivo al 12° giorno dalla inoculazione.

Il bambino febbricitante durante l'evoluzione della pustola vaccinica *non ha mai portato* fasciatura al braccio innestato.

Da tre giorni la paziente, che riferisce di essere stata sempre bene, si è accorta di un senso di bruciore alla minzione e della comparsa di elementi pustolosi alla regione vulvare.

All'Es. Obiett. si nota presenza di vescico-pustole rotondeggianti e margini netti a picco sulla mucosa con netta ombellicatura centrale, di colorito bianco-giallastro, molli al tatto, disposte simmetricamente sulla faccia interna delle grandi labbra, più grandi a destra che a sinistra. Altre vescico-pustole giallastre uguali a quelle osservate sulle grandi labbra, ma più piccole e delle quali alcune rotte, secernenti pus denso giallastro si notano sulla mucosa del canale vaginale.

Tutta la regione vulvare è leggermente infiammata e arrossata.

Un'altra pustola vacciniforme si riscontra sulla faccia antero-interna della coscia D. nella regione del triangolo di Scarpa.

Il contenuto delle vescico-pustole diviene in terza o quarta giornata opaco, purulento: l'elemento si trasforma francamente in pustole con ombellicatura centrale corrispondente alla suddescritta ombellicatura, che dà all'elemento l'aspetto tipico della pustola vaiolosa.

Nel decorso, benigno, si forma crosta che si stacca in breve lasciando al di sotto sulla mucosa delle abrasioni a bordi molto netti, quasi a stampino definenti i bordi degli elementi primitivi.

Tali abrasioni si vanno rapidamente riepitelizzando in modo che in 9ª giornata di degenza la malata esce guarita dalla clinica.

L'esame microscopico del pus raccolto dagli elementi pustolosi è negativo dal punto di vista batterioscopico.

OSSERVAZIONE II. — 16 giugno 1921. Calvelli Laura, da Firenze, di mesi 14, nata a termine da genitori sani: non è stata vaccinata.

La madre riferisce che un fratellino della piccola inferma di anni 3 e mezzo è stato vaccinato quindici giorni or sono con due scarificazioni che hanno dato esito positivo.

Il bambino vaccinato, col braccino *non coperto da fasciatura* ha dormito nello stesso letto con la paziente, la quale da circa 7-8 giorni ha incominciato a presentare alla rima palpebrale inferiore dell'occhio D. una piccola pustola giallastra diagnosticata per orzaiolo.

L'elemento eruttivo è andato però rapidamente aumentando ed estendendosi fino ad assumere in estensione l'aspetto attuale.

All'es. obiett. si nota tutta la regione orbitale arrossata, tumefatta: il bordo palpebrale inferiore si presenta giallastro e come ricoperto da vescico-pustole confluenti a bordi policiclici irregolari.

All'apertura delle palpebre si notano più nette le vescico-pustole delle quali alcune appaiono rotte e lasciano intravedere il fondo abraso ricoperto da pus denso, giallastro, fioccoso.

Tutto il bordo palpebrale è ulcerato e ricoperto da secrezione muco-purulenta.

Il paziente ha abbondante lacrimazione, si nota accentuata polimicroadenia cervicale pre- e retro-auricolare.

L'esame dell'occhio eseguito nel turno oftalmico dell'Ospedale Vespucci (prof. Paparcone) ha dimostrato integrità del bulbo senza alcuna reazione congiuntivale.

---

(1) Comunicazione fatta all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina il giorno 13 luglio 1922.

Decorso abbastanza rapido: la zona palpebrale pervasa da vescico-pustole confluenti si trasforma rapidamente in una grande pustola allungata presentante tre ombellicature corrispondenti ai primitivi elementi vaiolosi.

In 8ª giornata cadono le croste e resta una unica abrasione che si epitelizza rapidamente con *restitutio ad integrum* della rima palpebrale.

L'esame microscopico del secreto ha dimostrato un'abbondante flora Gram positiva costituita da strepto- e stafilococchi.

Cellule di pus conservato in buona quantità.

OSSERVAZIONE III. — 13 giugno 1922. Cappelli Amneris, di anni 6, nata a termine di quinto parto.

La bambina ha sofferto delle comuni malattie esantematiche; è di temperamento linfatico e va facilmente soggetta a banali infezioni della pelle. Fu vaccinata con esito positivo all'età di due anni.

La madre riferisce che la bimba ha convissuto negli ultimi tempi con un cuginetto vaccinato di recente, il quale presenta al braccio due pustole vacciniche in pieno sviluppo: *non ha mai portato fasciatura* al braccio innestato.

Dopo cinque giorni che stava col cugino compare alla piccola paziente al labbro superiore, nel solco naso-labiale, un elemento vescico-pustoloso della grandezza di un centesimo circa circondato da un alone infiammatorio, rilevato, un poco indurito e infiltrato.

In corrispondenza della regione sottomascellare e mentoniera si palpano piccole ghiandole dure, indolenti. Non ha mai avuto febbre.

Anche in questo caso l'evoluzione dell'elemento è quello della tipica pustola vaccinica: la vescico-pustola ombellicata si riempie di pus denso giallastro e rapidamente si trasforma in pustola ricoperta da croste mentre diminuisce l'alone infiammatorio circostante.

In 8ª giornata dopo decorso assolutamente benigno dell'elemento vaccinico, l'alone infiammatorio è scomparso: scomparsa è pure la reazione gangliare, e sotto la crosta si nota una superficie abrasa ricoperta da minutissime granulazioni.

All'esame microscopico del contenuto dell'elemento si è notato presenza di pus bene conservato senza germi visibili.

OSSERVAZIONE IV. — 4 luglio 1922. Bonti-Tonini Emma, di anni 31, da Pistoia maritata: fu vaccinata alla età di due anni.

Riferisce che una sua bimba di due anni è stata vaccinata il 20 giugno u. s. con esito positivo, *non ha mai portato fasciatura.*

La bimba ha continuato a dormire con la madre anche durante il periodo evolutivo delle pustole vacciniche, tenendo il braccino vaccinato dolente a contatto col viso della madre.

Dopo 8 giorni in corrispondenza della linea mascellare D. del viso della paziente sono comparse due macchie iperemiche circoscritte rapidamente trasformantesi in papule rilevate sulla superficie cutanea.

Contemporaneamente la malata ha presentato le ghiandole sottomascellari tumefatte dolenti, accompagnate da febbre (39.5), cefalea, anoressia e un senso di dolorabilità estesa a tutta la regione auricolare destra compresa la articolazione mandibolare.

Durante il periodo acuto, accompagnato da febbre e reazione ghiandolare, gli elementi vaccinici hanno seguito la tipica evoluzione trasformandosi in vescicole depresse al centro ripiene di liquido purulento, denso, giallastro: in sesta giornata, a febbre scomparsa e diminuita reazione ghiandolare, le vescicole si sono ricoperte di croste spesse, cadute le quali hanno lasciato intravedere un fondo piuttosto irregolare, depresso, coperto da piccole granulazioni.

Persiste bensì l'alone infiammatorio, sebbene meno arrossato.

In 10ª giornata rimangono appena visibili circoscritte le due cicatrici delle pregresse pustole vacciniche che hanno l'aspetto delle cicatrici vaiolose.

OSSERVAZIONE V. — 7 luglio 1922. Fochi Giuliano, di mesi 25, non fu mai vaccinato.

A dire della madre viene condotto spesso a giuocare in giardini pubblici ove ha avuto contatto con altri bambini dei quali alcuni vaccinati di recente.

Da 15 giorni ha cominciato a presentare una piccola pustola all'occhio D. con fuori uscita di pus: rapidamente si sono formate delle vescico-pustole, alcune isolate, alcune confluenti a bordi policiclici occupanti tutta la regione orbitale D. con reazione intensa di tutta la regione; edema delle palpebre e della guancia fino alla regione retroauricolare: le ghiandole sottomascellari si presentano tumefatte.

Le pustole sono tipiche, molli al tatto, ripiene di pus denso cremoso con ombellicature centrali, alcune delle quali hanno i margini irregolari confluenti tra loro.

Tutta la regione oculare al di sotto delle palpebre si presenta infiammata, forte reazione congiuntivale con infiltrazione dello strato superficiale della cornea.

Il piccolo infermo in 25ª giornata di malattia presenta scomparsa degli elementi vaccinici cutanei, permane però ancora l'infiltrazione delle palpebre con lieve infiltrazione corneale.

Il bambino è stato ricoverato e curato nella Clinica Oculistica (del nostro Istituto di Studi Superiori), diretta dal prof. De Lieto Vollaro che desidero ringraziare per avermi dato il modo di osservare e seguire il caso in parola. Ne uscì clinicamente guarito senza notevole residuo a carico dell'organo visivo.

Avremmo potuto per l'accertamento diagnostico ripetere il metodo del Guarnieri, il quale con il trasporto del pus vaccinico dei suoi ammalati sulla cornea di coniglio, ha potuto constatare una alterazione infiammatoria specifica sia dal punto di vista clinico che istologico e batterioscopico.

Studi che furono ripetuti da Lombardo (1921) il quale se ne servì per convalidare la diagnosi clinica dei suoi casi descritti.

Nei casi illustrati sia i caratteri clinici che il rapido decorso e sopratutto la certa anam-

nesi ci hanno permesso di affermare di essere di fronte a casi di inoculazione diretta di pus vaccinico.

Ci è mancata la possibilità di convalidare sperimentalmente la diagnosi per il fatto di aver seguito solo ambulatoriamente quasi tutti i nostri casi: d'altra parte la negatività del reperto batterioscopico già serve ad avvalorare la diagnosi fatta (Lustig).

L'eruzione in alcuni casi ha seguito il tipico decorso de'le pustole vaiolose: l'elemento eritemato-papuloso diviene rapidamente sporgente e si circonda di un alone rosso chiaro. La papula diviene acuminata, si trasforma in vescicola depressa al centro a contenuto chiaro e trasparente.

Il contenuto diviene rapidamente torbido, opaco e purulento e l'elemento si trasforma in pustola infossata nelle sua parte centrale ricordante la ombellicatura delle fistole vaiolose.

Sotto le croste, abrasioni ulcerative a stampino epitelizzantesi rapidamente, guariscono con una leggera ipercromatosi (Lombardo).

Nei casi illustrati abbiamo veduto che le vaccinodermie si sono sviluppate tanto in persone già vaccinate (osservazione III, IV) che in non mai vaccinate (osservazione I, II, V) presentando le une e le altre lo stesso decorso benigno.

Data l'indole assolutamente pratica delle osservazioni che servirono alla presente comunicazione, e l'incertezza dei suesposti metodi di conferma, non abbiamo creduto di applicarli essendo i casi clinicamente tipici.

Ci riserviamo per contro, a guisa di riprova, di eseguire la vaccinazione Jenneriana sui malati studiati, i quali dovrebbero rispondere negativamente data l'immunità conferita dal vaccinoderma da loro recentemente sofferto.

Dei casi presentati il primo è uno di quei casi di *Malattia vaccinale dei genitali* di cui sono stati descritti una quindicina di casi, ai quali vanno aggiunti i tre più recenti illustrati dal Lombardo (1921) con una percentuale maggiore in genere nei genitali maschili che non nei femminili.

Tutti i casi descritti, compresi quelli del Lombardo stesso, sono caratterizzati dalla comparsa di vaccinodermi dovuti ad inoculazione accidentale del virus su lesioni cutanee preesistenti (intertrigo dell'inguine e pieghe genito-crurali, leucorrea determinante dermiti eritematose).

Il nostro caso invece si discosta dagli altri casi descritti:

1° Per il suo decorso rapido, completamente afebbrile, senza alcuna reazione gangliare e senza fatti reattivi.

2° Per la localizzazione del virus vaccinico sopra una regione integra da preesistenti lesioni cutanee, caratterizzata da elementi vescico-pustolosi staccati gli uni dagli altri, regolari di forma, non confluenti e per la localizzazione nella mucosa vaginale ove ancora non erano stati veduti.

I casi 2° e 5° hanno importanza per la regione ove la pustola vaccinica si è impiantata per le evidenti conseguenze che possono derivare dalle complicazioni a carico della cornea, conseguenze che se nei nostri casi sono stati di lieve importanza, possono avere bensì esito in perdita della vista per profonde alterazioni parenchimatose della cornea stessa, quando la diagnosi sia fatta in ritardo.

Il valore pratico che risulta dalla descrizione dei casi, tipiche vaccinodermie da contagio diretto, dato che dall'anamnesi di ogni singolo ammalato risulta il contagio essere avvenuto da vaccinati di recente non protetti da alcuna fasciatura, è quello di consigliare i medici vaccinatori di non abbandonare, senza protezione della parte innestata, alle cure familiari i piccoli vaccinati che possono essere veri focolai di contagio.

Sufficiente è una fasciatura protettiva con materiale sterile fino a decorso ultimato, il che varrebbe certo ad impedire il diffondersi di queste vaccinodermie che possono in casi particolari dare serie e durevoli conseguenze.

BIBLIOGRAFIA.

GUARNIERI. *Ricerche sulla patogenesi ed etiologia delle inf. vacc. e vaiol.* Arch. p. le scien. Méd., vol. XVI, n. 22, 1892.

RIMY. *Vaccine généralisée.* Paris, 1897.

RIVALTA. *Dermatosi vacciniche.* Giorn. di Medicina Militare, 1909.

RIECKE. *Malattie della pelle.* Ed. Lib. milanese, 1914.

LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e animali.* Ed. Lib. milanese, 1915.

BARDUZZI. *Sulle vaccinodermie.* Gazzetta degli Ospedali, 1919.

LOMBARDO. *Della diagnosi sperimentale del vaiol. e vacc. Vaccinodermie da inoculazione accidentale.* Lo Sperimentale, 1921.

ROMANELLI. *Gli esantemi delle malattie acute.* Gazz. Med. Napoletana, 1922.

AVVERTENZE.

I quesiti della « Posta degli abbonati » devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali o il numero d'abbonamento od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE DI SAN ROCCO DI GALLIATE (NOVARA).

L'uso dell'ossigeno nella prima introduzione del pneumotorace artificiale

per il dott. GIANFRANCO CAPUANI, dirigente.

Il pericolo dell'embolia gassosa è stato sempre il più temuto nelle prime introduzioni di gas per la formazione del pneumotorace terapeutico. Praticamente sconosciuto ad alcuni autori sia perchè abituati ad una tecnica precisa e prudente, questo pericolo è divenuto dolorosa realtà per altri operatori e non sono pochi i medici che hanno rinunciato alla pneumoterapia per i gravi incidenti a loro occorsi in occasione della prima introduzione.

Di quì i tentativi fatti e le modificazioni suggerite al primitivo classico metodo di Forlanini fino all'esagerazione proposta da Brauer che sostituisce la puntura con l'incisione al bisturi dei piani superficiali fino alla pleura e, scopertala, l'introduzione in essa a colpo sicuro d'una cannula smussa.

L'embolismo gassoso sopravveniente nel corso del pneumotorace si manifesta clinicamente come un embolismo cerebrale; più o meno grave a seconda della quantità del gas introdotto e più specialmente a seconda della velocità maggiore o minore con cui viene introdotto. Patogeneticamente è interessante ricordare come il Forlanini primo, ne abbia giustamente afferrata la duplice modalità di origine e l'abbia chiaramente tratteggiata. Nei suoi scritti dopo aver detto della eventualità di ferire il polmone, e delle circostanze che facilmente realizzano tale eventualità così si esprime:

«Il pericolo di incontrare un vaso sanguigno deriva meno dalla facilità di ferire il polmone che non dalle stesse pseudo-membrane pleuriche. Queste, come è noto, quando sono recenti, sono fornite di una ricca vascolarizzazione neoformata di carattere nutrizio; più tardi, man mano che procede la connettivazione compatta delle pseudo-membrane scemando il bisogno nutrizio, la rete vascolare va scomparendo. Ma ad essa subentra, o per derivazione diretta, o per nuova formazione, un altro apparato vascolare di significato e funzione assai diversa e che provvede ad altri bisogni. Sono ricchi ammassi, e gomitoli di grossi vasi, seni e lacune venose di aspetto angiomatoso, veri plessi venosi con significato o funzione di vie di comunicazione e di transito attraverso la pleura fra il circolo polmonare e le vene esotoraciche (Guyot, Bourg) nelle quali ultime si scarica, vicariamente, il sangue del circolo polmonare inceppato dagli stessi processi della tisi.

E' una vascolarizzazione speciale, imponente e poco conosciuta, e che nella questione che ci occupa ha una grande importanza per ciò che essa si trova appunto nel campo di azione dell'ago, le pseudo-membrane pleuriche, dove l'ago deve essere portato per la ricerca di uno spazio pleurico ancora esistente o per tentare di produrne uno colla pressione dell'azoto. Il che fa sì che il pericolo di cadere in un vaso sanguigno sia inerente all'atto operativo stesso e sempre imminente, nulla avvertendo l'operatore che l'ago è penetrato nel punto pericoloso se non l'apparire improvviso del grave accidente che si deve evitare».

Quando ci si imbatte in simili casi la tecnica della prima introduzione diventa una cosa seria. Il manometro rimane muto ad onta degli spostamenti impressi all'ago; la siringa di sicurezza ci dice solo che non ci troviamo nel lume di un vaso sanguigno, ma non se siamo troppo avanti o troppo indietro. Si estrae l'ago, si ritenta in altre regioni ma talora il manometro rimane costantemente muto e l'aspirazione del gas da parte del cavo pleurico non può quindi avvenire. E' facile elencare teoricamente le cause di questo mancare delle oscillazioni manometriche: penetrazione dell'ago in groviglio di aderenze, penetrazione nel polmone, otturazione dell'ago con sangue o con frustoli di tessuti superficiali. E' pure facile teoricamente enunciare dei dati utili per un diagnostico differenziale e consigliare la manovra della spremitura; ma ci sono dei casi nei quali la spremitura non risolve la questione e nei quali le oscillazioni manometriche non sono per nulla esplicite, non sono tali cioè da poterci dare la necessaria sicurezza.

E' in questi casi che occorre praticare delle minime introduzioni forzate allo scopo di creare una piccola bolla nella quale l'ago libero possa comunicare al manometro dei dati più chiari. Ma anche per questi pochi centimetri cubici sussiste il pericolo dell'embolismo cerebrale.

Eccoci allora alla proposta fatta dal Deneke nel 1910 di praticare la prima introduzione con ossigeno. Questo gas infatti, anche se introdotto in circolo essendo avidamente fissato dagli elementi sanguigni non dà fenomeni mortali. Dà una ebbrezza acuta assai simile alla alcoolica, dà parestesie, paresi, che si risolvono in men di 24 ore. Ha però anch'esso il suo inconveniente: la eccessiva rapidità di riassorbimento, cosicchè dopo solo una gior-

nata capita di non trovare più traccia alcuna di pneumotorace neppure alla radioscopia specialmente quando la quantità di ossigeno sia stata piccola e il soggetto sia di torace ampio e a pleure integre.

L'inconveniente fu presto avvertito, e la modificazione proposta è stata unica: iniezione preliminare di ossigeno fino a formazione della bolla, indi proseguimento dell'operazione sostituendo l'ossigeno con l'azoto-aria.

Il Breccia opera così: tenendo fermo con la mano destra l'ago nel torace, svuota, servendosi della sinistra, il recipiente carico di ossigeno; apre la comuicazione fra il recipiente e l'azoto, e riempito nuovamente l'apparecchio di questo gas, con questo continua l'introduzione. Lo stesso procedimento usano il Saugmann, il Kuss e il Bernard.

La cosa però non è sempre molto semplice: chi abbia pratica di prime introduzioni sa come sia cosa delicata il mantenere a posto l'ago e può sapere con quale disturbo accudendo a tale bisogna può svuotare un apparecchio di pneumotorace e riempirlo con altro gas. Io non ci sono mai riuscito e dovevo farmi aiutare da un assistente. Senza contare che tale manovra richiede diversi minuti e si vien meno a uno dei precetti più importanti e cioè far presto allo scopo di evitare la eclampsia pleurica. Bisogna poi anche fare assegnamento sulla tranquillità del malato, che talora non può far a meno di muoversi, agitarsi, respirare male, tossire, ecc.

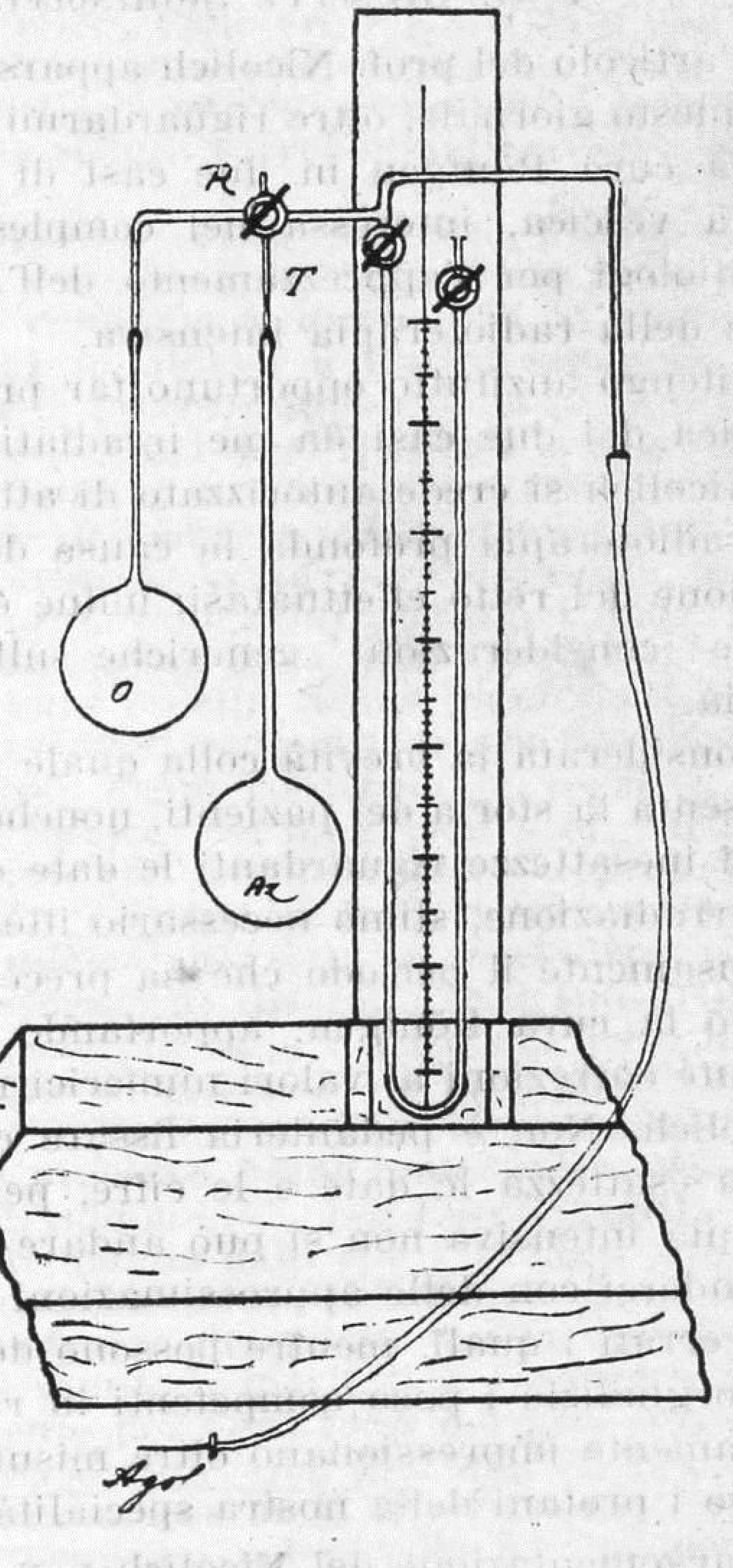
***

Allo scopo di semplificare tale tecnica ho usato dapprima due apparecchi fra loro connessi, ma ho poi trovato nell'apparecchio di Morelli quello che consente la vera perfezione nella tecnica della prima introduzione.

Questo apparecchio (vedi figura) che è certo il più semplice e il più geniale chè esce dal solito tipo dei recipienti idro-gassosi di vetro, e il più innocuo, tanto che non è ancora stato segnalato *nessun caso di morte* con esso, può essere munito oltre al sacchetto di ossigeno (O) di un secondo sacchetto (Az) carico di azoto-aria.

Ecco come preparo l'apparecchio: al tubo T (di caricamento) innesto il tubo del bidone di ossigeno e con adatta posizione del rubinetto a tre vie R riempio il sacchetto O. Sposto il rubinetto R e svuoto il sacchetto di ossigeno attraverso il tubo che va all'ago allo scopo di *lavare* tutto l'apparecchio con ossigeno e scacciare ogni traccia di aria. Riempio di nuovo il sacchetto O di ossigeno, poscia chiudo il rubinetto R mettendolo in una posizione intermedia. Riempio quindi un secondo sacchetto che mi son fatto fornire dalla stessa Clinica Morelli e lo riempio di azotoaria collegandolo al bidone di azoto o con la soffieria a doppia palla. Riempitolo lo chiudo con una pinza e lo innesto al tubo di carica T. Levo la pinza, apro i rubinetti del manometro e l'apparecchio è pronto.

Introdotto l'ago nella regione scelta costituisco una prima bolla, sia lasciando aspirare un po' di ossigeno dalla pleura, sia forzando l'introduzione di minime quantità dello



stesso gas. Quando dalla quantità di ossigeno defluito e dalle conseguenti più esplicite oscillazioni manometriche ho la sicurezza di trovarmi nel cavo pleurico, giro il rubinetto a tre vie e invece dell'ossigeno defluisce azotoaria. È ovvio che nei casi nei quali fino dal primo momento la indicazione manometrica è esplicita, si può anche limitare a poco o a nulla l'introduzione di ossigeno, disponendo opportunamente il rubinetto a tre vie.

CONCLUDENDO.

1° Nei casi difficili di prima introduzione per il pneumotorace, l'iniezione preliminare di ossigeno è di indiscutibile utilità.

2° Va completata però nella stessa seduta da iniezione di azoto.

3° Per operare presto e bene il solo apparecchio adatto è l'apparecchio Morelli, munito di una seconda vescica.

Settembre 1922.

NOTE POLEMICHE.

Sulla Röntgenterapia del carcinoma della vescica. (Risposta al Prof. Nicolich).

Dott. GIUSEPPE SIGHINOLFI.

L'articolo del prof. Nicolich apparso nel n. 32 di questo giornale, oltre riguardarmi per l'esito della cura Röntgen in due casi di carcinomi della vescica, interessa nel complesso tutti i Radiologi per l'apprezzamento dell'A. sul valore della radioterapia intensiva.

Ritengo anzitutto opportuno far precedere la critica dei due casi da me irradiati nei quali il Nicolich si crede autorizzato di attribuire alla radioterapia profonda la causa della perforazione del retto effettuatasi; infine esporrò alcune considerazioni generiche sulla radioterapia.

Considerata la brevità colla quale il Nicolich presenta la storia dei pazienti, nonchè le molteplici inesattezze riguardanti le date ed i tempi di irradiazione, stimo necessario illustrare più diffusamente il periodo che ha preceduto e seguito la cura Röntgen, apportando inoltre le dovute correzioni ai valori numerici riferiti dal Nicolich. Non è pedanteria fissare colla massima esattezza le date e le cifre, perchè colla terapia intensiva non si può andare avanti nè intenderci con delle approssimazioni o con valori errati i quali, mentre possono deviare dal retto giudizio i poco competenti in radiologia, certamente impressionano oltre misura e fuori luogo i profani della nostra specialità.

L'argomentazione del Nicolich non può venire accettata incondizionatamente perchè, anche ammessa la rarità della perforazione del retto, l'A. non tiene nel dovuto calcolo l'importanza che possono assumere determinati fattori, agenti da concausa. D'altra parte siccome si tratta precisamente di 2 *casi inoperabili*, la perforazione del retto (anche se molto più frequente di quanto risulti dalle statistiche chirurgiche) pur rappresentando un'evenienza spiacevole, non può affatto diminuire il valore della radioterapia nel carcinoma della vescica in quanto con essa si sono avuti risultati positivi i quali (se anche limitatissimi) senz'altro si impongono di fronte ai risultati non buoni della chirurgia.

Dalle cartelle cliniche dei malati risulta quanto appresso:

Il primo caso citato dal Nicolich riguarda un paziente di anni 64, T. M. da Trieste, affetto da carcinoma recidivato della vescica; ha contratto la lue da oltre 30 anni ed ha sofferto di qualche attacco gottoso con glicosuria transitoria. Nel gennaio 1920 comparve ematuria; nei primi giorni del maggio 1921 il prof. Nicolich operò l'Inf. di cistotomia soprapubica con asportazione di una voluminosa massa tumorale (del peso di circa 300 gr.) ostruente il collo della vescica. Dall'operazione residuò una fistola soprapubica che cicatrizzò soltanto a fine luglio, cioè pochi giorni prima della cura Rontgen. L'Inf. si presentò al mio Istituto il 29 luglio 1921 in cattive condizioni generali (perdita di circa 30 kg. di peso, dall'inizio della malattia); orine di odore putrido, a reazione alcalina, senza zucchero, miste ad abbondante quantità di sangue ed a numerosi cenci necrotici. Hb. 70. Glouli rossi 4,950,000. G. B. 14,200. Es. rettale, negativo. Da qualche mese l'Inf. accusa dolori abbastanza vivi alla regione anteriore delle coscie, specie a sinistra, con irradiazione al piccolo bacino.

Previa pulizia dell'intestino a mezzo di un purgante, l'Inf. *nei giorni* 1 *e* 2 *agosto* venne sottoposto alla radioterapia intensiva secondo il metodo del Wintz (campo di distanza di 65 cm. comprendente l'intera regione soprapubica; 4 campi di incidenza 6×8 cm. e 23 cm. di disanza focale, concentrati sulla vescica dalla reg. posteriore del bacino; 2 campi di incidenza 10×15 cm. e 30 cm. di dist. foc., ciascuno sulla reg. laterale del bacino).

Venne così portata nella sede del tumore una quantità di raggi (misurata all'Jontoquantimetro) corrispondente al 100-110 % della D. E., e sufficiente secondo il Wintz per distruggere le cellule del carcinoma. Durante l'irradiazione ad ogni ora venne costantemente vuotata la vescica orinaria; l'Inf. sopportò bene l'intera seduta della durata di 546 minuti primi, *nè ebbe a presentare in seguito alcun disturbo a carico del retto e della vescica, come da informazioni avute direttamente dallo stesso prof. Nicolich.*

(Noto, per chi possa interessare, che il diametro antero-posteriore del bacino nell'Inf. misurava cm. 22.5). Il 4 agosto, cioè 2 giorni dopo l'irradiazione, si riaprì la fistola vescicopubica da cui fluiva abbondantemente l'orina; la cicatrizzazione avvenne solo a fine agosto, ciò che permise all'Inf. di ritornare a Trieste essendo alquanto migliorato per la cessazione della ematuria. In seguito il neoplasma seguì il suo decorso ineluttabile e l'Inf. *venne a morte il* 1° *gennaio* 1922, precisamente dopo 5 mesi esatti dalla irradiazione *e non dopo soli* 4 *mesi come erroneamente pubblica il Nicolich.* Da ciò consegue che la perforazione del retto, secondo il Nicolich, manifestatasi 2 mesi prima della morte, *è insorta dopo 3 mesi dalla cura Röntgen*, ossia solo dopo la fine del mese di ottobre.

Basandomi particolarmente sulla assenza in questo malato della sintomatologia della proctite, non ritengo accettabile il giudizio espres-

so dal Nicolich e cioè che i raggi X siano stati la causa prima ed unica della perforazione rettale. Infatti data la minore radiosensibilità della vescica in confronto a quella dell'intestino crasso, se i raggi X avessero prodotto una lesione della vescica (per incrocio ad es. dei fasci, da errata disposizione dei campi di incidenza) indubbiamente sarebbe occorsa anche una concomitante reazione da parte della mucosa rettale, ciò che invece è assolutamente mancato nel caso presente.

Mi sembra quindi molto più verosimile ammettere che il processo distruttivo dei tessuti neoplastici iniziatosi nella vescica e propagatosi indi al retto, abbia primitivamente costituito la causa della perforazione; l'episodio della perforazione del retto anzichè venire interpretato quale danno diretto dei raggi X, sembra piuttosto riferibile ad una casuale, per quanto non frequente, complicanza sopravvenuta nello stario finale della malattia *cioè dopo 22 mesi dalla sua comparsa e precisamente 2 mesi prima della morte.*

Il secondo caso riguarda un paziente di 55 anni, R. L. da Chiari (Brescia).

Mai malattie pregresse degne di nota, non lue; nell'estate 1920 l'Inf. si accorse della presenza di sangue nelle orine. Nei primi mesi del 1921 il prof. Lasio diagnosticò trattarsi di neoplasma della vescica: nel luglio il prof. Gardini mi invia l'Inf. le cue condizioni generali erano alquanto deperite: orine a reazione acida, con abbondante quantità di sangue. Hb. 65. G. R. 5,270,000. G. B. 14,480; es. rettale, negativo. L'Inf. venne irradiato addì 6 luglio 1921 (*non 6 giugno*, vedi Nicolich) a mezzo di n. 7 campi di incidenza 6×8 cm. e 23 cm. di dist. foc. La durata dell'irradiazione *non si protrasse dalle ore 8 alle 19 con qualche intervallo* (vedi Nicolich: *non si sa per quale ragione l'A. si sia lasciato così male informare*) ma fu soltanto di complessivi minuti 245 (pari ad ore 4 e minuti primi 5) esclusi naturalmente gli intervalli necessari, del resto molto brevi, per vuotare la vescica e mutare i campi di incidenza. Dopo 2 settimane dalla Röntgenterapia il sangue era completamente scomparso dalle orine: *si ebbe tenesmo vescicale e lieve grado di proctite con emissione di muco e traccie di sangue.* Alla metà di agosto le condizioni generali dell'Inf. erano molto migliorate: il peso corporeo aumentato di circa 3 kg.: orine limpide: a carico del retto persisteva ancora qualche raro premito, ma del tutto cessata l'emissione del catarro e del sangue. Dopo 6 settimane il prof. Gardini praticò la cistoscopia dalla quale risultò la scomparsa del tumore. Alla fine di ottobre l'Inf. torna a Bologna impressionato dalla presenza di sangue nelle orine, ma in buone condizioni generali e senza alcun disturbo a carico del retto. Una nuova cistoscopia praticata addì 11-11-1921 mise in evidenza la riproduzione del neoplasma, per cui di fronte alla recidiva dovetti sottoporre l'Inf. ad una seconda irradiazione che venne eseguita il 14-11-1921 (10 campi di incidenza 6 × 8 cm. e 23 cm. di distanza focale, più un campo di incidenza perineale di 6 × 8 cm. e 30 cm. di distanza focale, allo scopo di agire non solo sulla vescica ma altresì sul territorio ad essa attiguo, e ciò per ovvie ragioni).

Ora la durata complessiva dell'irradiazione fu di soli 376 minuti primi (pari ad ore 6 e 16 minuti primi); perciò, computando il tempo necessario per vuotare la vescica, per mutare i campi di incidenza ed anche i periodi di riposo non si raggiunsero affatto le 13 lunghe ore che secondo il Nicolich sarebbero occorse per questa seconda seduta. (Si capisce che tanto in questa come nella precedente irradiazione, l'elevato numero delle ore è stato dato dal Nicolich al lettore con erroneo concetto quale criterio dosimetrico, per cui ai profani l'eccessiva durata della seduta vorrebbe indicare una iperdose).

Il 28 novembre l'Inf. *presenta proctite con premiti ed emissione di muco misto a sangue;* l'ematuria comincia a diminuire; ai primi di dicembre l'Inf. ritorna a Chiari seguendo regolarmente le prescrizioni ricevute per combattere la proctite: nei mesi seguenti le condizioni del retto risultano pressochè invariate. Alla fine del mese di febbraio o nei primi giorni del marzo successivo, venni personalmente informato dal prof. Pellegrini di Chiari della presenza di una massa dura, non spostabile, al di sopra del pube e della stenosi parziale del retto, con persistenti reliquati di proctite. Nell'aprile il prof. Lasio confermò la recidiva del tumore in vescica; nel maggio il prof. Nicolich oltre rilevare che «*nella regione soprapubica verso sinistra esisteva un forte indurimento della parete addominale*», mise in evidenza l'avvenuta perforazione del retto. Nel suo articolo il Nicolich sorvola sulla natura del detto indurimento, che evidentemente è in rapporto colla metastasi tumorale; non si potrebbe infatti invocare un processo infiammatorio da raggi X delle pareti addominali, per l'unilateralità della massa palpabile dato che l'irradiazione era stata simmetricamente distribuita tanto sulla regione ventrale, quanto su quella dorsale. Il paziente è venuto a morte il 10 settembre 1922 evidentemente per l'evolversi del processo neoplastico, recidivato alla fine dell'ottobre 1921 (cioè prima della seconda irradiazione) e complicato a metastasi nel piccolo bacino già nei primi mesi del 1922.

Per vero in questo malato la perforazione del retto (*insorta dopo 5 mesi e mezzo dalla seconda irradiazione*) venne preceduta da intensa proctite, iniziatasi 2 settimane dopo la cura. E' parso adunque semplice e naturale al prof. Nicolich porre in dipendenza di causa ad effetto lo stabilirsi della fistola in seguito al trattamento Röntgen, interpretando forse la concomitante proctite quale esponente diretto della lesione vescicale da raggi X.

Di fronte alla recidiva di un carcinoma già dichiarato inoperabile, poche erano le vie di uscita: o si doveva abbandonare l'Inf. a sè, oppure si imponeva il tentativo di una nuova seduta con tutte le sue conseguenze, certo non

dissimili a quelle che avrebbe presentato in questo caso un intervento operatorio. Si sa che in un setto invaso da un tessuto neoplastico la perforazione può avvenire con più facilità, se si determina una rapida distruzione del tessuto eterologo per opera dei raggi X, senza che in pari tempo il tessuto sano contiguo reagisca con energia sufficiente a colmare la perdita. Quando tuttavia la perforazione avviene per opera dei raggi X, *essa si effettua sempre nel giro di poche settimane*: nel caso presente invece, essa si stabilì dopo 5 mesi e mezzo. Questo eccessivo lasso di tempo costituisce un argomento validissimo contro l'asserzione del Nicolich e cioè che i raggi X siano stati la causa prima ed unica della perforazione del retto. A titolo comparativo mi sia permesso qui ricordare come in molti altri casi mi sia occorso di osservare violenti reazioni a carico del retto conseguenti alla radioterapia intensiva, applicata in carcinomi vescicali, vaginali e del collo dell'utero, senza che in nessuno dei vari pazienti, anche se pervenuti a morte, io abbia potuto osservare esiti di fistole vescico-vaginali o vescico-rettali. A tale proposito ricordo anche il caso di un Professore universitario di Bologna trattato assieme al prof. Wintz per ipertrofia della prostata, e nel quale si era ad arte montato l'ambiente per l'insorgere di una proctite di una certa gravità susseguita alla radioterapia intensiva; ora in questo chiarissimo Collega non solo non si produsse alcuna fistola, ma oggi, dopo oltre 12 mesi dalla cura, si è pervenuti alla guarigione della proctite ed a migliorate condizioni della prostata. Parmi adunque logico ammettere che nei due casi incriminati dal Nicolich esistessero peculiari lesioni o compromissioni della vescica dovute primitivamente alla neoplasia, e quindi che i raggi X non abbiano costituito la causa prima ed unica della perforazione del retto.

* * *

La particolare intonazione dell'articolo del Nicolich comparso a breve distanza dal 4° Congresso di Radiologia in Bologna mette in rilievo e conferma l'avversità, specie da parte di alcuni Chirurghi, alle applicazioni dell'agente fisico che da qualche tempo è venuto a contendare il campo alla chirurgia nella lotta contro i tumori maligni. Dati i profondi dissensi che ha incontrato la radioterapia, sopratutto l'intensiva, è opportuno accennare succintamente alle risultanze delle esperienze più recenti intorno all'efficacia dell'intervento chirurgico e dei raggi X nella cura del cancro.

Ancor oggi nulla sappiamo intorno alla natura ed ai rapporti che intercedono tra questa malattia e l'individuo che ne è affetto: in altre parole il problema del cancro permane avvolto nel più profondo mistero. La radiosensibilità dei tumori è diversa da specie a specie ed anche da caso a caso; ad essa quindi vanno riferite in gran parte le differenze dei risultati. La causa intima della diversa radiosensibilità dei tumori sfugge tanto alle indagini cliniche quanto a quelle istologiche, essendo essa legata all'attuale agnosticismo sulla natura del cancro e sull'intimo meccanismo dell'azione biologica dei raggi X. I soli fatti positivi che emergono dalle tenebre in cui brancola la lotta contro il cancro sono i seguenti:

1) Che la chirurgia guarisce il cancro solo quando questo è ancora circoscritto e quando l'operazione è precoce e completa: ciò che costituisce l'eccezione.

2) Che i raggi X possono *distruggere* le cellule cancerose del tumore primitivo e quelle delle zone ad esso attigue; ciò che purtroppo non sempre si verifica, tenendo presente che la distruzione di un tumore non equivale sempre alla guarigione del malato.

3) Che la chirurgia e la radioterapia da sole sono insufficienti per guarire il cancro nella grande maggioranza dei casi, mentre dalla collaborazione di queste due importanti branche della Medicina si possono ottenere indubbi vantaggi.

Purtroppo fa difetto anche oggi una vera e propria collaborazione alla radioterapia da parte dei Chirurghi i quali nella gran maggioranza considerano i raggi X come l'ultima àncora di salvezza nei casi estremi. Non bisogna infatti dimenticare che sono proprio gli stessi Chirurghi i quali molto spesso indirizzano i pazienti non più operabili ai radioterapisti, ed in queste circostanze come sarebbe ingiusto reclamare la guarigione per ogni caso, così non pare equo fare sfoggio di una susseguente critica denigratrice quando già l'esito infausto è logicamente e clinicamente prevedibile, anzi accertato.

La chirurgia difende l'antico suo campo esclusivo di intervento, dove certamente ha fatto studi e compiuto progressi commendevolissimi; ma la chirurgia non può opporsi a che un nuovo elemento curativo qualsiasi possa ora o più tardi strapparle in toto od in parte il primato di indicazione ed il prestigio di maggiore efficacia, e neppure può misconoscere il maggiore rendimento che può derivarne da un suo razionale connubio colla radioterapia.

Non meravigli alcuno se l'entusiasmo dei primi successi ottenuti col nuovo metodo radio-

terapico può aver fatto concepire speranze esagerate e visioni oltre la realtà, specie da parte dei profani; ma il tentare di demolire un procedimento terapeutico scientifico per quanto nuovo, sulla base di questo o di quell'insuccesso, non è nè rigorosamente esatto nè logicamente giusto.

Il gran pubblico medico e più il gran pubblico profano, ascoltano e commentano e colla loro fede conservatrice nelle Autorità facilmente si staccano o si allontanano dagli innovatori. Questi invece hanno bisogno del conforto degli scienziati provetti e degli uomini autorevoli, molto più che non soltanto dall'incoraggiamento delle loro parole, ma più assai dalla cooperazione degli atti può delinearsi ed affermarsi un concorso di interventi efficacissimi ed immensamente profittevoli pei malati.

Un'ultima considerazione.

Nel 4° Congresso di Radiologia in Bologna io fui l'unico a portare una statistica di tumori maligni, trattati col metodo del Wintz. Era per me un obbligo, e forse un vantaggio per i Colleghi raccolti al Congresso, che dopo oltre un anno di lavoro io presentassi *i risultati immediati* di esperienze condotte con rigore di tecnica, controllate spesso dal Prof. Wintz, anche se il numero di 150 casi era modesto per la brevità del tempo, per il numero dei malati e per il relativo periodo di loro osservazione (agosto 1920-marzo 1922).

Occorreva pure che anche da noi venisse eseguito il controllo delle tanto decantate guarigioni di oltralpe, a base di un contributo riprodotto e osservato nelle identiche condizioni di lavoro della Scuola di Erlangen. All'epoca del detto Congresso pochissimi Radiologi da noi avevano praticato il metodo del Wintz, mentre la maggioranza ne giudicava attraverso i risultati degli altri o forse anche in base soltanto a considerazioni critiche, delle quali taluna deve essere presa in attento esame. Ora come ognuno può ben constatare dalla mia relazione al Congresso, i risultati immediati non furono certamente confortanti per la maggioranza dei tumori, anzi pel cancro dell'utero la percentuale di guarigione provvisoria risultò di gran lunga inferiore a quella ottenuta dal Wintz (52 % anzichè 97 %). Nella mia brevissima esposizione al Congresso credetti di riferire serenamente, e senza preconcetti il mio convincimento sull'efficacia e sulla estensione di applicazione della nuova terapia. E' deplorevole tuttavia che la mancanza di serenità abbia troncato ogni discussione nel predetto Congresso, e che questo si sia dovuto adattare, in linea conciliativa, a rimandare la trattazione di questo importantissimo argomento ad un'altra riunione.

La mia affermazione: — «pel carcinoma della vescica la mia statistica depone senz'altro contro l'operazione e per la più sollecita possibile irradiazione» — nella sua concisione non va intesa nel senso che io ritenga doversi il carcinoma sottrarre sempre all'atto operatorio, ma invece nel senso che pur riconoscendo gli alti meriti della chirurgia, questa nella maggioranza dei tumori maligni della vescica assurge più al valore di un mezzo curativo coadiuvante che non di un mezzo elettivo ed unico di cura.

Ciò trova conforto non solo nel giudizio del prof. Nicolich che definisce essere — «*poco edificante la cura chirurgica*» —, ma altresì nei risultati da me ottenuti fin qui. Per quanto la suddetta affermazione mi sia uscita coscienziosamente dalla soddisfazione di avere fino a tutt'oggi colla sola radioterapia intensiva confermata la guarigione clinica provvisoria di 6 casi di tumori maligni della vescica su 12 irradiati, tuttavia essa dopo la suesposta amplificazione del mio concetto non potrà apparire meno che rispettosa delle benemerenze della chirurgia. Di fronte ad una statistica che importa la distruzione del carcinoma nel 50 % dei casi, con periodo di osservazione da 12 a 21 mesi, certamente la chirurgia si assumerebbe una grave responsabilità qualora persistesse nel voler denigrare o misconoscere l'indubbio rendimento, per quanto parziale, della radioterapia intensiva. Spero pertanto che una benevola discrezione ed un più sereno senso di attesa da parte dei Chirurghi e dei Radiologi, consentirà un giudizio più giusto e meno unilaterale sul reale potere curativo e sul rendimento della radioterapia intensiva.

Ancora poche parole io dirò sul concetto poco lusinghiero espresso dal Nicolich intorno alla radioterapia.

Sorvolando sulla elegante parodia fatta dal Nicolich dei risultati riportati dal Wetterer, paiono fuori luogo le alte meraviglie sulla possibilità che una sola irradiazione possa far scomparire l'ipertrofia della prostata. Naturalmente bisogna intenderci sulla natura della ipertrofia: è omai di comune dominio il fatto che i raggi X in una o più sedute (a seconda dei mezzi tecnici a disposizione) possono aver ragione di un adenoma puro della prostata. Quindi in ciò nulla che abbia del miracoloso: si tratta soltanto della particolare radiosensibilità di determinati elementi cellulari di fronte all'azione biologica dei raggi X. Neppure eccezionale od assurdo è il fatto che i raggi X possano accelerare un iniziale processo sup-

purativo ed anche determinare la risoluzione di una comune adenite tubercolare al collo; perciò non erra affatto il Wetterer sostenendo che i raggi X possono favorire lo svuotamento di un ascesso della prostata nell'uretra o nel retto.

Pongo fine a queste divagazioni obbligate sul tema della radioterapia, auspicando una collaborazione più intima, benevola e cordiale fra Chirurghi e Radiologi, i quali, anzichè antagonisti, devono essere solidali nella lotta contro il cancro.

Bologna, ottobre 1922.

MEDICINA SOCIALE.

Come può diminuire la morbosità dei ferrovieri.

Nei giornali politici e nei giornali medici professionali molto si è discusso in questi ultimi tempi della morbosità dei ferrovieri, sia come fenomeno preoccupante per il bilancio dello Stato, sia come termine di confronto e di previsione per l'assicurazione obbligatoria contro le malatttie.

A quest'ultimo riguardo le statistiche offerte dall'Amministrazione ferroviaria si son prestate per tutte le tesi. I sostenitori e gli avversarî delle assicurazioni hanno naturalmente citati numeri e fatti di epoche diverse e confacienti alla propria opinione.

E qui occorre subito correggere alcune affermazioni, che, per l'autorità della persona che l'ha pronunziate, potrebbero essere ritenute sicure ed inconfutabili.

Il prof. Silvagni, in una nota polemica in risposta ad una lettera aperta indirizzatagli dal dott. Brun, ha scritto: «Io prego anche il «collega Brun di andar piano nel citare l'au«mento del quoziente di morbilità nei ferro«vieri a mano a mano che si aumentavano le «previdenze sociali. Il mio povero amico Gu«glielmo Fabbri, dopo che i servizî sanitarî «delle ferrovie si unificarono in Roma potè «dimostrare luminosamente come, con le nuo«ve previdenze e con i buoni controlli, in«vece il quoziente di morbilità fosse dimi«nuito e proprio per quelle malattie comuni «che cadrebbero sotto le assicurazioni obbli«gatorie».

Il prof. Silvagni non poteva citare una maggiore competenza. Purtroppo però le cose in fatto di morbosità dei ferrovieri non si son mantenute come il compianto dott. Fabbri annunciava. E se egli con vantaggio dell'Amministrazione delle Ferrovie e soddisfazione dei numerosi ammiratori della sua anima eletta, avesse continuato a dirigere il Servizio sanitario ferroviario avrebbe constatato fatti, che avrebbero di certo smorzato i suoi puri entusiasmi per le assicurazioni sociali.

In effetti, dalle statistiche ufficiali, risulta che la morbosità dei ferrovieri è andata progressivamente aumentando a misura che si miglioravano le condizioni agli agenti assenti per malattia, che, come è noto, attualmente percepiscono la stessa paga o stipendio degli agenti in piena attività di lavoro.

È ben vero che le cifre della morbosità si mantennero di poco superiori a quelle precedenti, quando fu concessa ai ferrovieri la paga intera durante l'assenza per malattia invece del sussidio della mezza paga, e anche quando fu abolita la carenza di tre giorni.

Ma è facile rilevare che i ferrovieri contenendosi quasi nello stesso modo in confronto del migliorato trattamento durante le assenze per malattia, ubbidivano ad una forza di inerzia spirituale, inerzia che non tardò a mutare direzione quando essi divennero più coscienti, più evoluti e più organizzati.

Nè si deve trascurare la considerazione che pur percependo la intera paga i malati o finti malati perdevano le competenze accessorie, che nell'anno di grazia 1920 furono incorporate allo stipendio, e che costituivano per buona parte del personale esecutivo quasi un'altra paga.

Tolto così ogni pungolo alla diligenza, la morbosità dei ferrovieri raggiunse altezze inverosimili.

Il dott. Marsella nell'anno 1920, anno di salute pubblica ottima, in un grande centro ha constatato cifre e dati veramente impressionanti. In una categoria di personale furono 51 le giornate complessive di assenze per malattie ed infortunî per ciascuno agente. Quale enormità rappresenti questa cifra si può misurare dalla sua distanza dal coefficiente della morbosità individuale fissato dalla Commissione Ministeriale in 7 giornate.

Si è voluto riversare la responsabilità di così grave e preoccupante fenomeno sul Servizio Sanitario e più particolarmente sui medici di reparto.

L'accusa è solo in parte sostenibile. Che alcuni di essi non facciano il loro dovere per abituale negligenza non si può negare. Ma il fattore essenziale sta nella mentalità dei medici stessi abituati al fiscalismo d'un tempo, quando il freno agli abusi più che nella severità del medico consisteva nell'elemento economico. Allora era un fiscalismo di eccezione, mentre ora dovrebbe essere di regola. Nè a dir vero i medici avevano ragione ed interesse di mutar mentalità ed abitudini da-

to che il compenso che lor vien corrisposto non ha subìto modificazioni proporzionali alle mutate condizioni di prestazioni ed all'attuale valore della moneta.

Comunque pur non potendosi trascurare il contributo che il medico può dare nell'infrenare gli abusi, è pretenzioso quanto pericoloso fidare esclusivamente sull'opera sua.

Il fiscalismo è difficile, più difficile dell'ordinaria medicina curativa. E per quanto fiscale possa essere un medico nella sua coscienza vi deve essere un margine per i dubbî, le incertezze, le probabilità di errare, ed attraverso questo margine passa tutta la frode, che è tanto più audace quanto minore il rischio e più promettente lo scopo di raggiungere.

Il problema della morbosità è per una certa parte medico, ma prevalentemente è disciplinare ed economico.

La morbosità segue le variazioni della disciplina. Durante la guerra, malgrado la intensità del servizio, malgrado i maggiori strapazzi e le maggiori privazioni, la morbosità, non raggiunse le vette del tormentoso periodo di pace. La preoccupazione di perdere il modello 5, il famoso salvagente, consigliava la onestà.

Con l'armistizio e la conseguente smobilitazione la morbosità dei ferrovieri inizia la sua linea ascendente.

Malgrado il miglior trattamento economico, malgrado i riposi a brevi intervalli, malgrado il diminuito lavoro per la riduzione del traffico, per l'adozione delle otto ore di lavoro, anzi a causa di tutte queste concessioni i ferrovieri hanno dimostrato nel triennio 1919-921 una tendenza sempre più accentuata a denunziare malattie più o meno reali per sottrarsi agli obblighi del servizio.

Coloro che pretendevano che la riduzione del periodo giornaliero di lavoro di otto ore, che poi effettivamente per alcune categorie di ferrovieri si riducono a cinque o sei ed anche meno, avrebbe determinato un miglioramento del livello morale e della salute fisica del proletariato hanno avuta dall'esperienza ferroviaria una mortificante disillusione.

Sta di fatto che le molte, le troppe ore di libertà sono trascorse in bagordi di ogni genere o in altre occupazioni più o meno remunerative e più o meno faticose.

Da ciò un potente incentivo alle assenze per malatttie non vere, o, nella più favorevole ipotesi, un motivo sufficiente per esporre o predisporre l'organismo alle malattie.

I medici di reparto hanno cercato d'infrenare il dilagante fenomeno della morbosità fittizia per quanto lo consentisse lo stato di indisciplina del personale e la disponibilità di mezzi e di tempo.

Nè bisogna trascurare che il numero enorme di denunzie di malattie rendeva vano ogni sforzo perchè l'accertamento tempestivo di ogni caso era presso che impossibile, e riusciva quindi più facile eludere la vigilanza.

L'ing. Taiani ha scritto in un quotidiano di Roma che « ai medici ferroviari giova mettere in mostra che i malati son numerosi per accrescere la propria importanza e pretendere a loro volta un allargamento di organico ».

L'affermazione è evidentemente calunniosa. I medici ferroviarî tendono invece a dimostrare più bassa la effetttiva morbosità per mettere in evidenza la propria diligenza. Ed in quanto al desiderio di allargare l'organico devesi notare che essendo il loro compenso commisurato al numero degli agenti dimoranti nel proprio reparto ed alla estensione di questo, essi hanno interesse ad essere in pochi. Le proteste infatti dei medici di reparto di Roma quando si tentò di elevarne il numero stanno a dimostrare la leggerezza dell'affermazione dell'ing. Taiani.

Ma a parte ciò, ora le cose per quel che riguarda la morbosità dei ferrovieri sono alquanto modificate in meglio.

E badi, prof. Silvagni, non perchè il Servizio Sanitario abbia subìta qualche trasformazione che ne renda più efficace l'opera.

La morbosità dei ferrovieri, e specie di alcune categorie, è diminuita nell'anno in corso perchè sono state applicate alcune provvidenze di carattere economico, per le quali gli agenti hanno più interesse a figurare in servizio che a rimanere assenti

È bastata la minaccia dell'applicazione della legge per la riforma della burocrazia, ossia dell'esonero dal servizio per motivi di salute o per scarso rendimento, perchè i ferrovieri si dimostrassero più..... sani.

La concessione delle nuove competenze accessorie ha fatto il resto.

È purtroppo noto che al personale di macchina ed a quello viaggiante furono conglobate nello stipendio le indennità che competevano quando si lavorava effettivamente e si realizzavano economie. Per ragioni di servizio e per soddisfare le esigenze del personale queste indennità ora sono nuovamente corrisposte, in aggiunta, naturalmente, allo stipendio nel quale erano state già conglobate.

Tale provvedimento ha fatto sì che mentre prima mancava spesso il personale per effet-

tuare i treni, ora nei depositi si accalca una vera folla di agenti che reclama il diritto di viaggiare.

Quantunque ridotta sensibilmente la morbosità è sempre lontana dal punto nel quale era nel 1909 ed ancora di più dalla morbosità della gente che guadagna solo quando lavora.

Basterebbe il fatto accennato per dimostrare quanto sia fallace pretendere esclusivamente dal Servizio Sanitario il ritorno a condizioni normali.

Ogni controllo riesce frustaneo o quasi, quando gli agenti non hanno alcun interesse a rimanere in servizio.

I tentativi fatti per intensificare la vigilanza in qualche località e per qualche categoria di personale, se hanno dato qualche miglioramento nella situazione, hanno anche arrecato un aggravio tale all'Amministrazione, che forse la spesa è stata superiore al danno evitato.

Ben altro occorre.

L'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato, il cui disavanzo apparente è di un miliardo e duecentocinquanta milioni e quello effettivo di circa due miliardi ha bisogno di economie reali e non fittizie.

A rendere meno grave lo sbilancio non vale certo creare nuovi ingranaggi di controllo, o moltiplicare e complicare quelli esistenti.

Occorre che il controllo ed il freno siano automatici.

La morbosità del personale ferroviario ritornerà in limiti onesti solo quando sarà ristabilito un periodo di carenza di almeno tre giorni per le malattie e per gli infortunî e per tutto il personale, dai Capi Servizio ai manovali.

Si potrà obbiettare che un tal provvedimento potrà suscitare proteste da parte del personale.

È facile rispondere che già questo ha la coscienza che la propria salvezza è nel risanamento del bilancio, e accetterà senza reclamare un provvedimento inteso ad infrenare le frodi. D'altra parte se si vuol raggiungere il risanamento del bilancio conviene essere sordi per le ingiuste proteste.

Tuttavia a rendere il provvedimento più accetto e per farne comprendere lo scopo moralizzatore si potrà devolvere ad uno degli istituti di beneficienza dei ferrovieri il ricavato delle tre o più giornate di paga, per modo che il danaro ritorni a favore degli agenti stessi. Si avranno così anche i mezzi per venire in aiuto delle vere sventure.

Un provvedimento di tal fatta avrebbe una portata finanziaria enorme, ma oltre a questa con altre proposte potrebbe contribuire il Servizio Sanitario al risanamento del disastroso bilancio ferroviario. Enuncio queste proposte riservandomi di discuterle altra volta:

1° Affidare nuovamente alla Cassa Nazionale per gli infortunî sul lavoro gli infortunî degli avventizî straordinarî;

2° Abolire le prestazioni sanitarie gratuite al personale, ad eccezione di quello dimorante in località malariche;

3° Applicare con maggiore rigidità e sollecitudine e con minori formalità le sanzioni regolamentari contro i simulatori.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

GINECOLOGIA.

Diagnosi precoce del cancro uterino.

(SIREDEY. *Paris Médical*, 12ᵉ année, n. 17, 29 aprile 1922, pag. 351).

Il cancro dell'utero è l'unico, tra tutti, che si presti a terapia attiva ed efficace se trattato per tempo.

Le ammalate ordinariamente ricorrono al chirurgo o ginecologo allorquando vi sono le lesioni ai parametrii, ai gangli iliaci.

Le donne, inquiete per i dolori addominalì e per flussi leucorroici, sono indifferenti alle perdite di sangue, le quali riportano ai disturbi mestruali. Non raramente attendono dei mesi inferme e spesso anche medici: questi ultimi per scrupolo eccessivo svalorizzano l'intervento sollecito, in attesa dei sintomi decisivi, i quali sopraggiungono quando l'intervento terapeutico diventa se non impossibile, almeno illusorio.

Basta per la diagnosi di cancro uterino di ricercare minuziosamente i primi sintomi, di controllarli con cura e se essi non danno la certezza utilissima può riuscire la biopsia.

La maggior parte degli errori sono dovuti a nozioni sorpassate che dominano ancora ammalati e medici. La diagnosi di cancro era basata sulla classica triade: emorragia, dolori, scolo fetido e vi s'aggiungeva l'aspetto cachettico degli ammalati. Di questi quattro un solo merita di essere ritenuto: l'*emorragia.* Dolori, leucorrea fetida e cachessia assenti nella fase iniziale compaiono in periodo avanzato, quando la diagnosi è già stabilita e le lesioni hanno sorpassato le risorse della terapia.

Il primo sintoma dell'epitelioma dell'utero all'inizio è l'emorragia, essa ha caratteri assai netti. Possono far deviare dalla diagnosi di cancro dell'utero la giovinezza delle ammalate, la buona salute apparente, l'assenza di al-

terazioni gravi del collo. Il cancro dell'utero più frequente tra quaranta e cinquanta anni, si osserva in tutte le età, anche 35-25 anni e in qualche caso persino diciannove anni. Nessuna età è esclusa, anzi nelle giovani donne il decorso è più rapido e più grave:

In principio la sua influenza sullo stato generale è nulla; non è raro di scoprire un epitelioma in piena evoluzione in donna apparentemente in ottima salute.

Le perdite di sangue che ne indicano l'inizio tanto più ingannano quanto raramente sono abbondanti. Si distinguono da quelle dei fibromi per l'irregolarità. Nelle cancerose non è impossibile osservare all'inizio un'abbondanza ed una durata insolite; perfettamente indipendenti da ogni influenza mestruale, si possono spesso riportare ad un traumatismo, anche leggero: introduzione di cannule da iniezione, esplorazione medica, coito, corsa in vettura, caduta, sforzo violento o prolungato delle braccia. Si constata un vero getto di sangue, di durata brevissima, che si rinnova ad intervalli varii, sotto influenza di cause analoghe; altre volte si tratta di semplice stillicidio, di apparenza insignificante, ma che persiste indefinitamente: Basta il solo toccare, anche dolcemente, per aumentare o farlo ritornare. L'emorragia costante nel cancro del collo, è anche l'unico e primo sintomo dell'epitelioma della mucosa del corpo uterino; ma in quest'ultimo caso è moderatissimo e in qualche caso mascherato da idrorrea più o meno abbondante. Perciò sulla biancheria macchie estese, larghe come una moneta di 5 franchi o come la palma della mano, con bordi di una tinta rosea, violetta o rossa e raramente qualche goccia di sangue puro. In tali condizioni però in seguito ad una passeggiata o ad uno sforzo prolungato si produce una vera emorragia.

Riepilogando, continuità di perdita di sangue, loro ripetizione frequente, negli intervalli delle regole costituiscono in tutte le età le prime manifestazioni del cancro. Se però l'epitelioma della mucosa uterina coincide con una flessione pronunziata dell'utero, idroma e sangue si accumulano nella cavità uterina, coincidendo l'emissione a periodo di dieci, dodici ed anche quindici giorni, mentendo mestruazioni più frequenti. Dopo la menopausa le emorragie sono decisive per la diagnosi: nella maggior parte dei casi le emorragie che seguono la menopausa devono essere ritenute sospette.

In un'epoca vicinissima all'inizio del cancro i segni fisici a carico dell'utero mancano ed è facile riportare la causa delle emorragie ai disturbi generali, alle vaghe influenze diatesiche. Occorre rinnovare l'esame frequentemente e giudicare separatamente il cancro del collo da quello del corpo dell'utero.

Cancro del collo. — In uno dei labbri del collo massa vegetante o qualche ulcerazione con bordi induriti; si constatano lesioni appena abbozzate, delle semplici sfumature, di cui si deve apprezzare il valore. Qualche volta si percepiscono nel collo delle rilevatezze irregolari meno limitate o acuminate per le cisti glandolari del collo. Spesso il collo, pur essendo liscio mobile ha perduto la sua flessibilità; orifizio leggermente beante. Questa rigidità del collo, specie se coincide con effusione di sangue alla pressione con dito o allorquando si cerca di piegare il collo sul corpo è importante per la diagnosi. Aspetto beante del collo, presenza di piccoli rilievi irregolari a colorazione rosso viva. Con leggero grattamento o appoggiando l'estremità dell'isterometro si provoca sanguinazione, che si può anche avere però quando si introducono dolcemente nella cavità cervicale l'isterometro, toccando mucosa ispessita o vegetante.

Cancro del corpo dell'utero. — L'epitelioma della mucosa del corpo inganna ancora dippiù poichè, fino ad uno stadio avanzato, non ha alcuna manifestazione sul collo. Eccezionalissima nella giovane età si riscontra verso la menopausa, ma principalmente in vecchiaia. Si rivela con stillicidio sanguigno quasi ininterrotto, a volta puro, a volta misto ad idroma abbondante. I traumatismi hanno influenza marcata sulla comparsa delle emorragie, che con le leucorree seguenti alla menopausa debbono richiamare l'attenzione. Per molto tempo i segni fisici mancano e per molto tempo sfugge alle indagini.

La prima modificazione è l'aumento del volume del corpo uterino, in contrapposizione all'atrofia che dovrebbe avvenire dopo la scomparsa delle regole.

Se vi è flessione in avanti o indietro, comprimendo l'utero tra le dita e cercando di aumentare la sua curvatura si provoca una espulsione più o meno abbondante di liquido roseo o di sangue puro. Impercettibile l'accrescimento dell'utero nelle persone grasse, dalle pareti spesse; meglio si riesce a percepire, come al principio della gravidanza, allorquando si pratica il riscontro in piedi.

Poco valore ha l'esame con lo *speculum.* Questi sintomi sono conclusivi e se vi sono dei dubbii si può ricorrere alla biopsia. Nel sospetto di un cancro del corpo uterino è indispensabile una pulizia della mucosa uterina,

di cui i frammenti saranno esaminati istologicamente. Nelle lesioni del collo si preleveranno frammenti col bisturi e saranno ugualmente esaminati istologicamente.

Se la biopsia ha valore decisivo non si può considerare concludente una biopsia negativa, la quale in questo caso potrebbe arrecare danno, dando dei criteri erronei. Se alla biopsia negativa sopravvengono nuove emorragie, le considerazioni cliniche si debbono sovrapporre a quelle di laboratorio.

Cause di errore nella diagnosi di cancro dell'utero. — Emorragie da ritenzione placentare o deciduale, specie nelle giovani; ma un interrogatorio minuzioso e l'esplorazione locale potranno allontanare i dubbii. Però tra 40-45 anni una gravidanza tardiva può creare delle difficoltà. Ma al principio dell'epitelioma il collo resta fermo e conserva la sua consistenza, solo il corpo aumenta di volume. In seguito ad un aborto il collo è beante, permette l'introduzione del dito, i seni turgidi e danno colostro; in fine il raschiamento, indispensabile nelle ritenzioni, non lascia il minor dubbio. In donne dell'età della menopausa metrorragie abbondanti, prolungate, a tipo menorragico, coincidenti con irregolarità mestruali sono in rapporto ad utero scleroso, duro, dalle pareti ispessite, ipertrofiche per metrite parenchimatosa o ipertrofia sclerosa della matrice; non è raro rilevare nel medesimo tempo delle alterazioni agli annessi, salpingo-ovariti, ovariti sclero-cistiche, ecc. Condizioni affettive generali o di altri organi possono ancora dare metrorragie nella menopausa. Ma tutte queste perdite di sangue spariscono col riposo, col ghiaccio, con medicamenti appropriati o con hamamelis ad alte dosi.

Se resistono ai medicamenti è inutile indugiarsi ed occorre raschiamento seguito da biopsia nè si deve temere di ripeterlo se riesce negativo e gli accidenti persistono. Quantunque tali emorragie non siano di natura cancerosa, diventano dannose e perciò vanno trattate con raggi X, radium, con cure chirurgiche.

Il cancro dell'utero va soltanto confuso con alcune metriti croniche e con fibromi. I grossi colli, sfrangiati in seguito a parti multipli o laboriosi, di aspetto irregolare, dalle pareti indurite danno sospetto di epitelioma. Però non sono duri quanto il cancro. Le piccole cisti glandolari non sanguinano al riscontro col dito, si presentano trasparenti, di forma conica, e grattando la loro superficie non sanguina. Nei casi dubbi è utile anche l'esame microscopico.

Le diverse varietà di metriti polipose, villose per la continuità delle emorragie possono confondersi col cancro, ma è utile in questi casi l'esame con lo speculo, col quale si possono riconoscere i polipi grossi o piccoli, caratterizzati dalla peduncolazione. Occorre diffidare dei polipi impiantati nella parete cervicale con larga base di impianto, perchè qualche volta l'epitelioma si presenta sotto forma di massa vegetante. Allora però queste vegetazioni sono di consistenza più dura dei polipi mucosi, sanguinano al minimo contatto e se si riuscisse a passare con un dito la cervice si osserverebbe che il peduncolo senile ha un largo impianto sulle pareti. E' sempre prudente di fare l'esame istologico di questi polipi.

Più difficile la diagnosi tra metrite senile e cancro dell'utero dai sintomi clinici, avendosi in ambedue le forme emorragie e scoli idrorroici fetidi. La fetidità precoce della secrezione di una semplice metrite senile, la prevalenza della leuconea, il miglioramento provocato con cure locali danno l'illusione di guarigione, ma a misura che diminuisce lo scolo aumentano le perdite di sangue. Occorre allora raschiamento e biopsia. Caratteristica dei fibromi nelle giovani sono il ritmo regolare delle emorragie, coincidenti con le mestruazioni, susseguite da calma completa; l'assenza completa di lesioni del collo; la presenza di tumori duri, rotondi, di volume vario sulla superficie dell'utero. L'errore è possibile quando si hanno emorragie continue tra i periodi mestruali; si tratta allora di fibromi sottomucosi, che distaccandosi dalle pareti cadono nella cavità uterina e si possono eliminare naturalmente, prima restando nella cavità uterina, di cui l'orifizio si dilata lentamente. Per tale condizione ultima idrorrea che faccia pensare a cancro: esplorazione e dilatazione digitale fanno fare la diagnosi.

Frequente l'errore in casi di epitelioma della mucosa intracervicale, senza modificazione importante del collo, con infiltrazione nei parametri e diagnosticati per fibromi. Non è difficile rendersi conto che l'indurimento appartiene alla parete uterina ed immobilizza assolutamente l'organo. In tali condizioni qualunque terapia è inefficace.

Riepilogando, la diagnosi del cancro uterino riposa tutta sulle emorragie iniziali, indipendenti dalle regole, con tendenza a essere prolungate, frequenti e sopratutto continue.

JURA.

NEUROLOGIA.

L'emiplegia cerebrale progressiva.

(A. GORDON. *Journal of nervous and Mental Disease*, 1922, marzo).

Con il nome di emiplegia cerebrale progressiva si designa una condizione morbosa, nella quale lentamente e progressivamente si stabilisce una paralisi unilaterale a tipo cerebrale, che si inizia ad un arto superiore o inferiore ed anche alla faccia.

Il reperto anatomo-patologico di questa affezione è vario: edema di un emisfero cerebrale, grandi aree di rammollamento, ostruzione completa o parziale della carotide interna, trombosi della Silviana, focolai multipli di rammollamento da arteriti dei piccoli vasi nella corteccia o nella massa encefalica, ed infine tumori cerebrali.

L'A. riferisce la storia di cinque casi di emiplegia cerebrale progressiva con sintomatologia comune caratteristica. La paralisi si sviluppò lentamente e gradualmente: dapprima si ebbe un senso di debolezza in un arto, che impercettibilmente divenne sempre più grave estendendosi a tutta la metà del corpo, in modo da dare alla fine una emiplegia completa. In tre casi la paralisi si iniziò ad un braccio, in due ad una gamba. In tutti la faccia fu colpita insieme al braccio. Insieme al disturbo motore si svilupparono disturbi della sensibilità cutanea, ed in un caso si manifestò emianestesia completa.

All'esame anatomo-patologico si trovarono in tre casi lesioni endoarteritiche da arteriosclerosi con occlusione di una grande arteria, come la cerebrale media, in un caso glioma, ed in un altro oltre alle lesioni arteriose alterazioni sifilitiche.

La sintomatologia della emiplegia cerebrale progressiva ha elementi comuni con altre affezioni, dalle quali però si distingue per alcune caratteristiche.

È stata osservata nei vecchi un'emiplegia parziale e incompleta, che si inizia frequentemente agli arti superiori senza perdita di coscienza e per lo più ad ambo i lati, rimane quasi sempre allo stato flaccido, ha tendenza al miglioramento se non alla guarigione, e che è dovuta alla successiva formazione di focolai lacunari nel cervello. Quest'affezione fu descritta da Marie, Ferrand e Léri. La comparsa successiva dei sintomi può fare pensare alla emiplegia progressiva, ma in effetti da questa si differenzia per il carattere flaccido e la bilateralità della paralisi, e per la tendenza al miglioramento, nonchè per il fatto che si manifesta in individui vecchi, che hanno anche altri disturbi e sopratutto decadimento mentale.

L'emiplegia progressiva può essere legata ad aneurisma dell'arteria basilare. Un caso del genere è stato pubblicato da Massary e Carton.

Si osserva anche nell'uremia: in tali casi all'autopsia si trova uno stato edematoso della corteccia specie in corrispondenza della zona rolandica. Non può dirsi se si tratti d'un fatto tossico o di una lesione in rapporto alla concomitante alterazione dei vasi cerebrali. Un elemento per la diagnosi differenziale può essere dato dalla variabilità nel grado dei fenomeni paralitici. In genere, se non sempre l'emiplegia uremica ha tendenza alla regressione.

Un'analoga tendenza dimostra la emiplegia progressiva, che talvolta si manifesta nel corso del diabete. Anche qui sembra che entrino in giuoco le lesioni vascolari prodotte dalla intossicazione diabetica. Gli stessi caratteri e forse la medesima patogenesi ha la emiplegia progressiva che si verifica nel saturnismo, nell'alcoolismo, e nell'intossicazione carbonica.

Anche nella meningite tubercolare può verificarsi la paralisi lenta e progressiva di un arto o di un lato del corpo. Probabilmente si tratta di un disturbo legato a disordini circolatori provocati dal processo tubercolare. In tale forma la intensità della paralisi varia nel corso della malattia, ma sempre termina con un'emiplegia completa e permanente.

Nel 1846 Fletcher descrisse una sindrome, cui dette il nome di *ingravescent apoplexy*, e che successivamente è stata studiata da parecchi autori. Anatomo-patologicamente l'affezione è caratterizzata da un focolaio emorragico localizzato tra il corpo striato e la capsula esterna. Il quadro clinico è il seguente: Al principio si ha di solito una cefalea improvvisa e violenta; il paziente diventa pallido, il corpo si raffredda, il polso diventa debole, ed infine si ha sincope; talora il sintomo iniziale è uno stato confusionale. La sincope è di breve durata; ritornata la coscienza la cefalea persiste. Dopo qualche tempo il paziente diventa incoerente e improvvisamente entra in coma. I sintomi paralitici, quando hanno il tempo di manifestarsi, avanzano lentamente come nell'emiplegia cerebrale progressiva. Tuttavia esistono molti elementi che permettono la diagnosi differenziale. Nell'*ingravescent apoplexy* c'è sempre l'insulto apoplettico e l'improvvisa perdita della coscienza, ed il coma compare quando la coscienza è stata riacquistata. Nell'emiplegia progressiva invece lo stato comatoso compare molto tempo dopo che

l'emiplegia si è completata, d'altra parte mancano l'insulto, la cefalea, lo stato sincopale.

Nel 1899 Thomas e Long riferirono l'osservazione di due casi con una sintomatologia analoga a quella della emiplegia cerebrale progressiva e che in effetti erano dovuti a lesioni delle vie piramidali del midollo spinale. Oltre che per altri sintomi la diagnosi differenziale fu possibile anche perchè in detti casi erano presenti disturbi degli sfinteri.

dr.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. FERRANNINI. *La terapia clinica nella medicina pratica.* L. Pozzi, editore. Roma. Prezzo L. 58.

Un libro di terapia «italiano» viene finalmente ad accontentare l'assillante desiderio del medico pratico: per chi, come me, conosce la richiesta, ogni giorno espressa in cartoline e lettere dai medici esercenti nei quesiti della nostra «posta degli abbonati», per chi conosce tutta la mortificazione di dovere indicare manuali stranieri, questo libro colma una lacuna, risponde ad un bisogno, toglie dall'imbarazzo..... il consulente della «posta». Perchè il volume del Ferrannini tratta di una terapia ragionata e, direi quasi, circostanziata, quale piace al medico, che ad ogni momento deve affrontare il problema della ricetta obbligatoria.

Chi ha esperienza di problemi terapeutici e chi conosce nel mondo medico gli scettici accanto agli entusiasti sa quanto è difficile nel momento attuale, in cui ben poche questioni hanno avuto sicura sanzione, scrivere di terapia, senza cadere o in un semplicismo desolante o in una polifarmacia pericolosa e spesso inconcludente. Ma l'arte della terapia non è per l'A. del libro ridotta a saper applicare ad ogni malattia la relativa ricetta; egli non ha voluto scrivere un formulario, nè un libro di patologia o di farmacologia: la terapia egli intende come una vera costruzione armonica e solida.

La *terapia etiologica* e la *terapia sintomatica* sono le fondamenta, che sostengono l'attuale edifizio terapeutico. Nella terapia *etiologica* l'A. comprende la medicazione antiinfettiva, la medicazione antitossica; nella terapia *sintomatica* egli passa in rassegna i vari apparati e sistemi, dalla pelle all'intestino, dopo avere premesso nozioni generali sulle varie medicazioni tonica, ricostituente, antidrotica, antipiretica, ecc. Chiude il volume la cura delle malattie; senza entrare in indicazioni minute, sono delineate le note principali direttive, con frequenti ed opportuni riferimenti alla parte generale, onde evitare inutili ripetizioni.

Nella trattazione della materia il medico pratico troverà richiami moderni e sintetici di fisiopatologia, di farmacologia, numerose ricette, scelte con giudizio fra le tante che popolano i ricettari.

Questo modo di intendere la terapia, che concorda in molti punti con le direttive di autori, apprezzati in Francia, come il Manquat, potrà ancora trovare qualche critico non consenziente, specialmente in alcuni paragrafi, ma se l'A. ha voluto offrire al medico pratico un buon libro di terapia egli ha raggiunto ai nostri occhi pienamente il suo scopo; e mi auguro che il suo sforzo sarà apprezzato come merita dal pubblico medico italiano.

La diligenza dell'A. è stata secondata dalla benemerita e giovane casa editrice Pozzi, che nulla ha trascurato, perchè questo volume della «collana», che auguriamo si arricchisca rapidamente di ottime opere «italiane», avesse veste tipografica degna.

t. p.

E. PESCI. *Forme anafilattiche.* 2ª ediz. Pubblicato a cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese, 1922. L. 25.

In un breve volgere di anni gli studi sulla anafilassi hanno acquistato notevole sviluppo, ed alle osservazioni compiute nel campo sperimentale, si sono aggiunte quelle cliniche; iniziando così due ordini di studi, che hanno progredito parallelamente, usufruendo l'uno dell'altro reciprocamente. Nel volume del Pesci ora apparso, se da una parte sono sinteticamente esposte tutte le tappe seguite dagli studi sull'anafilassi, dall'altra è dato giusto sviluppo alla anafilassi clinica. Nella prima parte sono criticamente esposte le teorie emesse sull'anafilassi e l'A. in base agli studi ed alle ricerche personali tratta particolarmente della teoria fisico-chimica, già da lui esposta e propugnata. Nella seconda parte svolge particolarmente l'anafilassi terapeutica, la malattia da siero, l'anafilassi idatidea, le reazioni anafilattoidi, l'anafilassi alimentare, le emoglobinurie anafilattiche, l'anafilassi respiratoria, l'ipersensibilità nelle infezioni, le idiosincrasie.

L'A. ha raccolto tutti i lavori relativi all'anafilassi, tutte le osservazioni compiute nel campo clinico, prospettando i problemi che a detti studi si ricollegano.

Lo studioso potrà, leggendo il volume del Pesci, essere facilmente al corrente dello stato attuale delle nostre conoscenze nel campo tanto dibattuto e complesso dell'anafilassi.

Tr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia medica di Roma.

Seduta straordinaria del 23 luglio 1922.

Presidenza del Prof. V. ASCOLI, presidente.

L'azione della bile e dei sali biliari sull'attività degli enzimi del succo enterico.

Prof. A. CLEMENTI. — Dalle ricerche eseguite dall'O. risulta, che la bile e i sali biliari in piccola concentrazione non rinforzano l'attività peptolitica del succo enterico, mentre in forte concentrazione la indeboliscono. La bile in piccola concentrazione accresce in linea generale l'attività della lipasi del succo enterico sui grassi del latte e della crema di latte; i sali biliari in piccola concentrazione rinforzano, mentre in forte concentrazione indeboliscono l'attività della lipasi del succo enterico sui grassi del latte e della crema di latte.

Il ricambio azotato dei ratti albini adulti alimentati con riso brillato e con riso non brillato.

Prof. A. CLEMENTI. — L'O. ha studiato per cinque mesi consecutivi il ricambio azotato di ratti albini adulti alimentati esclusivamente con riso brillato o con riso non brillato. L'O. ha potuto stabilire, che i ratti albini adulti, alimentati esclusivamente con riso brillato anche dopo quattro o cinque mesi non presentano una sindrome polineuritica paragonabile a quella dei gallinacei; sia ratti alimentati con riso brillato, sia ratti alimentati con riso non brillato ma con aggiunta di succo di limone presentano una diminuzione progressiva del peso del corpo e della quantità di riso ingerito, e un bilancio positivo dell'azoto; queste caratteristiche del ricambio dell'alimentazione orizanica presentate dai ratti albini adulti sono quindi dovute a cause diverse da quelle rappresentate dalla sola assenza delle vitamine «B» e delle vitamine «C», e verosimilmente da ricercarsi nella speciale composizione chimica dell'alimento, nella unilateralità della dieta e nell'assenza o nella deficienza delle vitamine «A».

Sostanze di azione vitaminica incompleta.

Dott. M. PANTALEONI. — Sperimentando nella polineurite che si sviluppa nei colombi in seguito all'alimentazione di riso brillato, ha trovato che esistono sostanze le quali sono capaci di spiegare un'azione curativa nella polinevrite, ma in una maniera incompleta facendo scomparire solamente alcuni sintomi della malattia. Così gli sclerozi della segale cornuta dati nella dose di gr. 0.10 impediscono il ristagno del riso nel gozzo, non fanno comparire il vomito, attenuano la diarrea e prolungano la vita dell'animale.

Anche sostanze di composizione chimica molto semplice dànno queste azioni vitaminiche incomplete; molto efficace in questo senso è l'iniezione di pochi centigrammi di ammoniaca nei muscoli pettorali dei colombi, mentre si mostrò inattivo il carbonato ammonico somministrato per la via della bocca.

Inattivi risultarono anche l'urea e l'ordenina (paraossifeniletildimetilammina) che si forma nella germogliazione dei semi di orzo.

I semi di erba medica non mostrarono alcuna azione nella polineurite, nè curativa, nè preventiva; ma fatti germogliare inumidendoli con acqua, già dopo 48 ore erano capaci, somministrati col riso brillato nella quantità di gr. 3 al giorno, di impedire ogni manifestazione morbosa. Gli animali, ai quali si dava riso brillato e semi di erba medica germogliati continuarono ad alimentarsi da sè senza mostrare nausea per il riso brillato come avviene già dopo pochi giorni quando si dà esclusivamente questo alimento.

Le esperienze dimostrano che le sostanze di azione vitaminica sono diversissime. Noi dobbiamo ammettere che negli alimenti esistono parecchie sostanze, l'azione complessiva delle quali si indica come vitaminica. Queste sostanze rappresentano degli stimoli delle funzioni degli organi e del ricambio materiale.

L'apprezzamento della grandezza dei solidi nel cavo orale.

Prof. P. DORELLO. — L'O., avendo rilevato che sono frequenti gli errori dell'apprezzamento della grandezza di solidi introdotti nel cavo orale, ha fatto una serie di esperienze per determinare le modalità, colle quali avvengono tali errori.

Le esperienze consistevano nell'introdurre nella bocca del soggetto, senza fargliela vedere, un solido di varia forma (pallina, quadratino, asticina) preso da una serie, i cui elementi avevano una grandezza gradualmente crescente. Il soggetto era poi invitato a scegliere in un'altra serie identica alla precedente il solido, che avesse giudicato della stessa grandezza.

Con questo metodo furono fatte sopra 21 soggetti 573 determinazioni.

Risultò che nella maggioranza dei casi il solido tenuto in bocca è giudicato più grande di quello che effettivamente è.

I massimi errori si hanno con quei solidi, la cui grandezza si avvicina alla massima, che devono avere le particelle alimentari per poter essere deglutite.

L'O. considera questo errore come un mezzo per rendere più perfetto il controllo, che la lingua ed il palato esercitano sulle particelle alimentari prima di permetterne la deglutizione.

E. GROSSI.

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 29 aprile 1922.
Presidente: Prof. E. TRICOMI.
Segretario perp.: Prof. A. RUSSO GILIBERTI

L'irrigazione alla Carrel nella cura delle peritoniti acute.

Dott. M. PAVONE. — L'O. ha intrapreso delle esperienze per estendere il metodo Carrel alla cura delle peritoniti acute.

Dall'esame delle esperienze condotte su 16 cani risulta:

I 4 animali che servirono da controllo, cioè che furono infettati ed abbandonati al processo, morirono tutti nello spazio di 1-2 giorni.

Quelli trattati col lavaggio continuo con soluzione d'ipoclorito hanno presentato, in confronto con i primi, una sopravvivenza variabile dalle poche ore a 3-4 giorni, in n. 9 casi.

In un caso si è ottenuta una sopravvivenza di 8 giorni e la morte si è verificata per cause estranee all'infezione.

In due casi, infine, si è avuta guarigione clinica perfetta, controllata anche all'autopsia, dopo aver sacrificato gli animali.

Conclude affermando che i risultati del metodo, pur non essendo molto seducenti, incoraggiano alquanto ad usarlo in pratica come tentativo supremo, se altri e più sicuri metodi non verranno, come è da augurarsi, a sostituirlo.

Dott. L. DE LUCA. — *Su di un fibroadenoma cistico della mammella maschile.*

Considerazioni cliniche su ottanta ovariectomie.

Prof. F. MONTUORO. — Dal 1905 a tutto il 1922 l'O. ha avuto occasione di fare 312 laparotomie, nelle quali figurano 80 ovariectomie, cioè il 25.09%.

Dal punto di vista anatomo-istologico le 80 ovariectomie possono essere così classificate: cistomi ovarici 47, cisti dermoidi 8, cisti follicolari 6, cisti bilaterali 3, cisti suppurate 4, cisti para-ovariche 3, cisti tubo-ovariche 2, degenerazione sclerocistica 6, degenerazione maligna 2.

Aggiungendo ai 47 cistomi ovarici i due casi di degenerazione maligna si hanno 49 cistomi che, dal punto di vista anatomo-istologico possono così raggrupparsi: cistomi ghiandolari uniloculari 9, cistomi ghiandolari multiloculari 28, cistomi ghiandolari racemosi 1, cistomi papillari proliferanti 8, cistomi degenerati malignamente 2, miofibromixoma cistico 1.

In rapporto alle complicanze intrinseche al tumore i 49 cistomi vanno così distinti: cistomi liberi 22, cistomi complicati da aderenze tenaci 4, cistomi complicati da torsione del peduncolo 16, cistomi a sviluppo intralegamentoso 2, cistomi a sviluppo retrolegamentoso 4, cistomi a sviluppo retroperitoneale 1; e dal punto di vista ostetrico: cistomi complicanti la gravidanza 2, cistomi complicanti il puerperio 4.

L'O. illustra tutto questo materiale riassumendo i casi più importanti della sua statistica. Egli studia i cistomi ovarici in rapporto alle aderenze, alla torsione del peduncolo e alla loro sede (sviluppo retrolegamentare, intralegamentare, retroperitoneale) e si ferma sopratutto sui reciproci rapporti della gravidanza e del puerperio con i cistomi dell'ovaia.

Le *cisti dermoidi*, le *follicolari*, le *cisti suppurate* sono illustrate e discusse ampiamente.

L'O. ritiene poi che sia necessario un accurato, metodico studio clinico ed istologico della *ovarite sclero-cistica* che, a suo parere, è caratterizzata «da grave disfunzione mestruale, spesso ribelle a tutte le usuali cure locali, balneari, opoterapiche, che ha per base anatomica un processo sclerotico, che finisce per trasformare l'ovaio in un ammasso di piccole cisti di varia grandezza, senza concomitanti o appariscenti fatti infiammatori a carico degli altri organi genitali». Descrive sommariamente i suoi casi e conclude che la castrazione deve essere eseguita solamente quando in un soggetto, che ha sofferto di gravi, incurabili crisi mestruali, si riscontrano, al tavolo operatorio, le gravi alterazioni del parenchima ovarico, caratteristiche della degenerazione sclerotica.

La parte più importante della comunicazione di Montuoro è dedicata alla diagnosi e alla tecnica chirurgica.

La tecnica chirurgica è svolta ampiamente, specialmente in riguardo ai cistomi ovarici ghiandolari (pseudo-mucinosi) liberi. Richiama un suo precedente lavoro (*Ovariectomia moderna*, Rivista d'Ostetr. e Gin. pratica, 1922, n. 4), e dimostra che con l'anestesia locale, un piccolo occhiello laparotomico, la mobilizzazione precoce, l'ovariectomia ha raggiunto la perfezione. Essa permette l'estirpazione di grossi tumori ovarici e riduce al minimo le sofferenze delle operate. Le quali possono abbandonare il letto in quarta giornata.

Una larga breccia laparotomica s'impone nei tumori dermoidi, nei tumori suppurati, in una parola nelle cisti molto aderenti.

La marsupializzazione deve essere riservata soltanto ai casi nei quali il distacco delle aderenze è difficile o pericoloso.

L'O. conclude che la chirurgia dell'ovaio deve essere, quanto più sia possibile, conservativa. Particelle, anche piccolissime dell'ovaio, assicurano la funzione mestruale e con essa la possibilità di una gravidanza.

E così la donna rimane una donna e non un povero essere mutilato senza scopo, senza gioia e senza amore.

Torsione e calcificazione completa di un utero fibromiomatoso.

MONTUORO. — l'O. presenta un fibroma di grammi 1240 completamente calcificato, da lui estirpato in donna nubile di 62 anni. La paziente era costretta a stare a letto da due anni per le atroci sofferenze che questa pietra, che gravitava sugli organi pelvici, le procurava. M. CIULLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Ascesso fibroso del fegato.

Il malato di cui Legrj riferisce all'Académie de médecine de Paris (*Bulletin*, 1922, n. 87), aveva avuto, dieci anni prima di essere operato, una enterite dissenteriforme complicatasi a congestione del fegato e ad ittero. In seguito annualmente per otto, dieci giorni accusava un punto doloroso epatico accompagnato a malessere generale e ad un certo grado di ittero. Diagnosticato un ascesso epatico dissenterico ed operato, il malato morì due giorni dopo; l'autopsia confermò la diagnosi e rivelò la presenza nella zona di parenchima epatico, contigua alla raccolta di molte piccole nodosità dure, di aspetto fibroso, grandi da un grano di miglio ad un pisello, da ritenersi senza dubbio contemporanee ai primi disturbi enterici ed appartenenti agli ascessi fibrosi descritti da Kelsch e Keiner. Tutto il fegato era cosparso, nella sfera circoscritta anzidetta, di tali noduli: altrove il fegato non mostrava che delle comuni lesioni di degenerazione grassa. Lo studio istologico ha confermato la natura fibrosa: fibre fini, strette, disseminate di nuclei allungati; in pieno tessuto fibroso si potevano distinguere dei residui di trabecole.

Le lesioni che l'A. descrive minutamente, differiscono notevolmente dal punto di vista obiettivo da quelle segnalate da Kelsch e Keiner: questi autori hanno descritto con il nome di ascessi fibrosi sia vere e proprie raccolte con parete sclerosa rivestita o non di membrana piogenica contenente un pus spesso e vischioso nel centro, sia noduli più densi, presentantisi come focolai opachi la cui trama fibrosa infiltrata di leucociti si rammollisce nel suo punto centrale per formare una pasta semifluida. In ambo i casi consideravano il processo iniziale come una formazione di tessuto fibroso, più o meno carico di leucociti e più o meno vascolarizzato, destinato a subire una colliquazione centrale. È più logico però ammettere che si tratti di una reazione periferica sclerosante in rapporto con la minor virulenza del parassita: in ogni caso, il processo di sclerosi, nell'osservazione dell'A. aveva portato all'isolamento totale della cavità. Ma la limitazione così precisa degli isolotti sprovvisti di irradiazioni fibrose, e l'assenza nelle loro vicinanze e nel resto del parenchima epatico di ogni lesione di cirrosi, imponeva la nozione di reazione connettivale periferica intorno ad un focolaio nodulare, secondariamente invaso dalla propagazione centripeta della fibrosi. Insomma la caratteristica di questa osservazione consiste nell'invasione completa di ascessi fibrosi del fegato, da tessuto di sclerosi.

MONTELEONE.

Tensione dolorosa della cistifellea senza litiasi biliare.

La sindrome della colica epatica può aversi anche senza calcolo; trattasi in tal caso, più che altro, di tensione dell'ipocondrio destro, sensazione che si attenua in certi momenti, si esagera in altri, senza però arrivare allo spasimo della vera colica, e senza avere l'inizio subitaneo di questa. Alla radioscopia si osserva che la cistifellea cambia di volume ingrossandosi nella esacerbazioni: spesso si ha ptosi gastro-colica accentuata. La diagnosi si fonda sul tipo del dolore, la minor durata ed intensità; gli stati di dolore vescicolare si osservano talora anche nella litiasi antica, ma si accompagnano a febbre, ed a deformazioni della cistifellea e dello stomaco. La presenza di ipocloridria all'infuori del periodo degli accessi indirizza la diagnosi verso una lesione della cistifellea anzichè dello stomaco.

Dal punto di vista terapeutico, Loeper e Debray (*Progrès médic.*, 1922, n. 6) ritengono che si debba ridurre la secrezione biliare ed evacuare la cistifellea. Vi sono però rimedi evacuanti in quanto che sono colagoghi, e non vanno quindi somministrati; così l'olio di ricino ed il solfato di sodio, che, a dosi purgative, provocano forti dolori: vanno esclusi anche i saponi, il cremor di tartaro, il salolo, che eccitano le vie biliari. Si somministrano fosfato o citrato di sodio, avendo cura di farli prendere lontano dai pasti.

L'alimentazione deve consistere in pasti brevi e frequenti: evitare l'albume d'uovo, le carni, i grassi, i peptoni, dando invece brodi di legumi, farinacei. Se esiste ptosi addominale, è utile un apparecchio contentivo: nei casi ribelli è indicato l'intervento chirurgico (colecistostomia, colecistectomia, colecistogastrostomia).

fil.

L' itterizia nel neonato.

L'itterizia è più frequente e presenta problemi più interessanti nel neonato, anzichè nei bambini più grandicelli. Vi è una *forma fisiologica*, che si manifesta al secondo-terzo giorno di vita, quando scompare il rossore della pelle; raramente persiste oltre il decimo giorno e non si accompagna ad altri sintomi. I pareri circa la frequenza sono discordi: si può ritenere che si manifesti nel 50 % dei casi. Essa sarebbe di origine emolitica; van den Bergh ha dimostrato recentemente, facendo la diazoreazione di Erlich sul siero sanguigno, che la bilirubina nei casi di itterizia semplice del neonato è la stessa di quella che si trova nella itterizia emolitica, e differisce invece da quella che si ha nelle forme ostruttive.

L'itterizia grave familiare può essere ereditaria ed è definitivamente familiare: attacca particolarmente il primo- ed il secondogenito: dai risultati d'autopsia non differisce da quella fisiologica, specialmente nella colorazione elettiva dei nuclei lenticolari cerebrali; clinicamente si osserva inizio febbrile, presenza di bile nelle feci, frequente assenza di pigmenti biliari nelle urine. H. Rolleston (*The practitioner*, luglio 1922) osserva che la prognosi è grave, avendosi la morte nel 77 %: come sequele, sono state segnalate il colore verde dei denti e la diplegia cerebrale. Quando si siano già avuti casi di questa forma in una famiglia, si somministreranno alla madre, durante il periodo di gestazione, antisettici biliari ed intestinali, quali urotropina, salicilato di sodio, dosi minime di calomelano (3 mg.), *hydrargirum carm creta* [è una miscela preparata triturando in mortaio 20. g di mercurio con 40 di creta preparata: si dà a dosi di 6-30 cg. *N. del Redatt*]. Per quanto riguarda il bambino, si sospenderà il latte materno e si daranno minime dosi di calomelano. H. Williamson avrebbe ottenuto buoni risultati con l'iniezione sottocutanea giornaliera di siero di cavallo (5-20 cmc.).

L'obliterazione congenita dei dotti biliari è accompagnata da ittero ostruttivo e progressivo, ingrossamento della milza e del fegato, e negli ultimi stadî da emorragie; la stenosi sifilitica del coledoco (assai rara) presenta gli stessi sintomi, ed inoltre Wassermann positiva.

L'infezione dall'ombelico, dalla pelle, dall'intestino è fatale per il neonato, in seguito a setticemia; l'itterizia compare più tardi che nelle altre forme, verso il quinto giorno di vita ed è accompagnata da febbre.

L'itterizia cronica emolitica può essere congenita ed è affatto simile a quella fisiologica; talora è stata messa in rapporto con sifilide congenita: questa può in qualche caso provocare infezione secondaria del fegato e condurre all'atrofia acuta di questo. *fil.*

TERAPIA.

La cura delle follicoliti della barba.

Thibierge e Legrain propongono per la cura delle follicoliti della barba il seguente procedimento:

1° Tagliare i peli della barba con le forbici quanto più è possibile rasente alla pelle.

2° Applicare mattina e sera una compressa di garza asettica imbevuta della seguente soluzione:

Solfato di zinco	gr. 1
Cloruro di sodio	gr. 3
Acqua distillata	gr. 500

ricoprendo con taffettà. Ogni qual volta si cambia la compressa lavare dolcemente con ovatta bagnata della medesima soluzione.

3° Dopo due o tre giorni, quando le superfici affette saranno sbarazzate delle croste, applicare ogni sera la seguente pomata:

Ossido giallo di mercurio	gr. 2
Resorcina	
Acido salicilico	anagr. 0.50
Ossido di zinco	gr. 20
Vaselina pura	gr. 30

oppure:

Solfo precipitato	
Canfora	anagr. 5
Vaselina pura	gr. 50

4° E di giorno applicare su tutte le superfici affette la seguente pomata:

Ittiolo	gr. 2
Ossido di zinco	
Amido	anagr. 10
Vaselina pura	gr. 40

5° Pulire mattina e sera la cute, prima dell'applicazione delle dette pomate, con un batuffolo di ovatta imbevuto di etere solforico.

6° Continuare questo trattamento per quindici giorni; se provoca irritazione, cessare e fare unicamente applicazioni di pomata all'ittiolo; se il miglioramento non è rilevante ricorrere alla seguente pomata:

Argento colloidale	gr. 5
Lanolina	gr. 10
Vaselina pura	gr. 20

7° Quando l'affezione è molto resistente ricorrere alla vaccinoterapia o alla radioterapia, che provocando la caduta dei peli disinfetta i follicoli piliferi. In ogni caso continuare l'uso dei preparati anzi detti.

8° Se resta infetto qualche follicolo malgrado i precedenti trattamenti è conveniente distruggerlo con la punta del galvanocauterio.

Dr.

IGIENE.

I pericoli delle vivande con crema e la loro profilassi.

Sono tutt'altro che rari i casi di infezione dovuta a pasticcini od a vivande preparate con la crema, intendendo con tal nome, non già la panna del latte, ma il miscuglio di uova battute e zucchero. Tali infezioni sono di solito dovute al paratifo B, che trova nella crema un ottimo mezzo di coltura; il tempo che intercede fra la preparazione e la consumazione è più che sufficiente per permettere un rigoglioso sviluppo dei batteri, specialmente nella stagione calda; d'altra parte essi non producono alcuna alterazione delle qualità organolettiche, sicchè non si può avere il minimo sospetto che tali cibi costituiscano un alimento pericoloso.

Il periodo di incubazione di queste forme infettive è di solito assai breve, anche meno di 24 ore: si ha spesso interessamento profondo dello stato generale: il decorso è piuttosto rapido, ed è frequente la guarigione. La simultaneità dell'inizio in numerose persone, il sopravvenire di fenomeni inquietanti sono tali da impressionare giustamente il pubblico il quale dovrebbe essere efficacemente protetto contro questa causa di malattia.

Si dovrebbe anzitutto proibire la vendita di pasticcini con crema, nella stagione estiva, e permetterla durante le altre stagioni solo se preparati e smerciati in locali che per la loro pulizia e per l'accuratezza della lavorazione diano sicuro affidamento; comunque. la vendita dovrebbe esaurire tali pasticcini entro 12 ore dalla loro fabbricazione. Si dovrebbe esercitare una minuziosa sorveglianza sui locali, (specialmente per quanto riguarda la pulizia e la presenza di animali come cani, gatti, topi), e sul personale, che dovrebbe adottare camici da lavoro bianchi, e per il quale sarebbe opportuno introdurre la visita, per assicurarsi che sia immune da malattie infettive e specialmente non sia portatore.

Nella preparazione si dovrebbero seguire le seguenti norme:

1) Fare uso di latte di buona provenienza, bollito, di uova fresche e sperate; alla rottura del guscio non dovrebbero avere alcun cattivo odore; è questo uno dei punti più importanti poichè spesso per la pasticceria si adoperano proprio le uova di scarto.

2) Nella mescolanza del tuorlo con il latte, questo deve avere la temperatura più elevata che sia possibile senza nuocere alla preparazione.

3) I recipienti e gli utensili per le manipolazioni debbono essere scrupolosamente puliti e lavati con acqua bollente prima dell'uso; analogamente quando è possibile deve essere lavata con acqua bollente o bollita ogni sostanza, vaniglia, gelatina che entri nella preparazione.

4) L'albume *montato*, sarà messo sulla crema quando questa sia del tutto fredda.

5) Tali preparazioni vanno conservate al fresco, possibilmente in ghiacciaia.

6) Il personale, prima delle manipolazioni deve lavarsi accuratamente le mani e le unghie; è consigliabile altresì l'uso di guanti di filo, bianchi, pulitissimi.

Tali precauzioni dovrebbero usarsi nella preparazione di tutti i cibi con uova, non esclusi quelli a base di pesce, che talvolta rimangono esposti nelle vetrine di certi ristoranti per delle intere giornate. A. FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Causa e condizioni, legge naturale e regola.

(W. ROUX. *D. Medizinische Wochenschr.*, n. 37, 1922).

La « causa » completa di un avvenimento consiste in tutte quelle cause parziali (cosidetti « fattori ») che partecipano al suo determinismo e consiste inoltre nella disposizione di questi « fattori ». Le proprietà specifiche dei singoli fattori determinano le qualità specifiche fisico-chimiche dell'avvenimento, mentre la disposizione dei fattori ne determina la forma e la struttura.

I fattori di qualsiasi avvenimento si dividono in fattori diretti, quelli cioè che sono attivi al momento e sul posto dell'avvenimento e fattori indiretti, chiamati anche « condizioni ». Condizione è tutto ciò che è necessario per un avvenimento, questo è soltanto pensato, non si avvera ma si può avverare: la realizzazione di tutte le condizioni determina l'avvenimento, e con ciò le condizioni vengono ad essere trasformate in fattori.

Causa e condizioni sono dunque in ultima analisi identiche; soltanto mentre le cause si riferiscono ad avvenimenti reali, che si verificano, le condizioni si riferiscono esclusivamente ad avvenimenti futuri o soltanto pensati. Questa definizione di cause e di condizioni identifica il causalismo al condizionali-

smo, e dimostra l'insostenibilità del concetto di Verworn che vorrebbe eliminare il causalismo dalla scienza, ritenendolo uno stadio mistico e inferiore della conoscenza.

Mai può agire un unico fattore; solo una combinazione di più fattori determina un avvenimento. Tutti i fattori di un determinato avvenimento sono egualmente necessari (equinecessità dei fattori); i fattori non sono però equivalenti come lo afferma Verworn.

Fattori che hanno la proprietà di agire uno sull'altro, lo fanno ogni qualvolta si trovino vicini nello spazio e nel tempo (nello stesso spazio-tempo dunque). La loro azione reciproca determina una conseguenza, che ha un suo proprio spazio-tempo (l'azione si compie sotto spostamento nello spazio e nel tempo). Le stesse cause determinano in ogni luogo ed in ogni tempo le medesime conseguenze: questa costanza viene chiamata «legge», essa viene però determinata automaticamente dalle premesse, senza che esista alcuna «legge naturale». Le apparenti eccezioni a questa «legge» dipendono sempre da errori nell'osservazione dell'avvenimento o nel riconoscimento o nella valutazione dei fattori. L'azione dei varî fattori è dunque sempre costante; incostante e variabile è invece sempre la presenza di diversi fattori nel tempo e nello spazio. Mentre ogni azione è determinata dai fattori presenti nel punto e al momento in cui essa ha luogo (l'autore la chiama perciò, «ergogena») la presenza di questi fattori nel tempo e nello spazio dipende costantemente (sempre secondo le leggi dell'azione) da altri avvenimenti anteriori e spesso spostati nello spazio (che hanno avuto luogo, in altri luoghi); la presenza di questi fattori è quindi subordinata ad un'infinita concatenazione di avvenimenti, il cui principio coincide col principio del mondo.

A seconda se si considera il mondo originato dal caso, oppure già ordinato come cosmo, si deve designare la presenza di fattori nello spazio o nel tempo «caogena» oppure «cosmogena». Ogni avvenimento è determinato casualmente dalla caogena presenza in spazio e tempo dei suoi fattori, e dall'azione ergogena dei suoi fattori presenti: è cioè caogeno-ergogeno.

Il fatto della provenienza caogena dell'ordinamento dei fattori in spazio e in tempo e l'infinita varietà che risulta dalle diverse concatenazioni fa sì che, nonostante ogni passo si compia secondo la legge, la maggior parte degli avvenimenti sia irregolare. Un avvenimento di qualsiasi natura è detto «regolare» se esso appare ordinato, o prevalentemente ordinato nello spazio o nel tempo; la «regola» designa «tali» avvenimenti senza considerarne affatto le cause: «regola» è perciò un concetto descrittivo e non causale. Si deve perciò parlare di «leggi» di ogni azione, e di «regole» di ogni presenza di fattori.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1357) All'abb. C. A., n. 8896:

I. *Radioterapia dell'ipertricosi.* — La radioterapia è indicata nei casi in cui si tratti come dicono gli AA. francesi di una «véritable barbe» soffermandosi quando, dopo la caduta ripetuta dei peli, questi siano sostituiti al più da una tenue peluria. Nei casi di *ipertricosi parziale* se il pelo è abbondante sul mento crederei più utile ricorrere all'elettrolisi, che, se ben praticata, non lascia segni ed ha l'unico inconveniente del dolore.

Se l'ipertricosi parziale è sulle guancie, la radioterapia è più indicata dell'elettrolisi purchè non si tratti di peli scarsi e radi nel qual caso è sempre preferibile l'elettrolisi alle applicazioni radioterapiche, di lunga durata rispetto all'esito e di grande responsabilità per il radiologo.

II. *Radioterapia della malaria.* — Quanto alla 2ª domanda «*quale esito hanno avuto i tentativi di cura malarica per mezzo dei raggi X*» essa esorbita dalle risposte della posta degli abbonati e non posso accennare alla questione che per sommi capi.

Esiste una grande divergenza su questo argomento fra clinici e radiologi e tra radiologi e radiologi sia sull'efficacia di questo nuovo mezzo di «bonifica umana», sia sulla tecnica da usare nei singoli casi. Anzitutto io credo che bisogna distinguere fra malaria acuta e malaria cronica; questione che può dar luogo — e ne dà frequentemente — ad equivoci: nelle splenomegalie malariche la *riduzione della milza* è facile ad ottenere con la radioterapia anche a comuni dosi terapeutiche e la stessa radioterapia può servire — nei casi di recidiva della febbre, ecc. — come mezzo — analogamente ad altri mezzi noti per la riattivazione della malaria latente — a cacciare i parassiti in circolo successivamente attaccabili col chinino.

Ma la questione comincia quando si tratti delle forme acute.

Indipendentemente dalla questione della priorità del metodo di Pais (radioeccitamento) è certo che due sono le tendenze fra i radiologi:

una che ammette l'efficacia nelle forme malariche delle piccole dosi di raggi, l'altra che ne nega l'efficacia ed ammette tutt'al più — in determinati casi — l'efficacia delle comuni dosi terapeutiche. Che le piccole dosi siano senza effetto in senso generico io non credo: alcune mie esperienze sul normale, sull'individuo tifoso etc. mostrano la possibilità di provocare nel normale e nel tifoso, ecc., una leucocitosi persistente con esaltamento del potere fagocitario e dell'indice opsonico: in Francia alcuni tentativi nella tubercolosi mostrano la possibilità di ottenere modificazioni interessanti nella formula ematologica. Ma quale che sia la tecnica (discussione prevalentemente fra radiologi), certo è che mentre alcuni radiologi (specialmente il Pais) decantano buoni risultati anche nelle forme malariche acute, altri (e forse sono i più) credono che le forme acute malariche non debbano essere curate coi raggi X (Ceresole, Congr. Radiol., 1922) o al più che la radioterapia a comune dose terapeutica può essere utile nelle forme recidivanti o chinino-resistenti, specie associata alla cura chininica (Rossi, l. c.): per esperienza personale se io ho veduto vantaggi nelle forme primaverili (che spesso anche spontaneamente recedono) non potrei dar garanzie circa la possibilità di recidive nelle forme primaverili stesse o di miglioramenti duraturi nelle forme estivo-autunnali. La questione del resto assai complessa è ancora — e non senza polemiche — *sub judice*.

Prof. E. MILANI.

(1358) *Nell'otite catarrale.* — Al dott. Vito Giraudi, Mirabello Monferrato:

Le cure indicate (doccie d'aria, tiosinamina, calcio, elettrofonoide Zünd-Burguet, ecc.), sono tutte utili nella otite media catarrale, purchè vengano bene individualizzate, caso per caso. Il loro meccanismo di azione è in rapporto con le condizioni del naso-faringe, della tuba eustachiana, dell'orecchio medio, del labirinto, lesioni che possono variare da caso a caso, ma che fondamentalmente esistono più o meno accentuate sempre in questa forma clinica. Cure nuove non ne esistono: solo chi ha costanza nel fare *periodicamente* il cateterismo tubarico, le instillazioni di pilocarpina o di tisionamina *per tubam*, del massaggio, previa profilassi accurata del naso e del faringe, otterrà qualche vantaggio.

Utili per bocca i sedativi e i modificatori dell'eccitabilità labirintica (capsule di Valyl, compresse di otosclerol, talora l'ergotina ecc.).

g. b.

(1359) *Resistenza dei bacilli tubercolari nelle abitazioni.* — All'abb. n. 8161:

I bacilli tubercolari essiccati possono resistere anche due anni in opportune condizioni di ambiente.

Prima di prendere possesso di una abitazione, nella quale è morto un tubercolotico, sia pure da qualche mese, è sempre consigliabile una accurata disinfezione. *g. s.*

(1360) *Recettività delle capre all'infezione melitense.* — Al dott. B. V.:

Si era creduto che la razza tunisina fosse meno soggetta di quella maltese all'infezione; ma poi si è riconosciuto che non sussistono differenze apprezzabili. Non risulta che le razze alpine e in genere dell'Europa centrale siano refrattarie: sono soltanto meno esposte al contagio, perchè stabulate. Cfr. E. Burnet, *Arch. Inst. Pasteur Afr. du Nord*, n. 2, 1922; e altr. *g. a.*

(1361) Agli abbonati dott. G. Lorenzini, Bologna — G. Salomoni, Firenze — E. Marchetti, Torino — T. Dini, Pisa — e ad altri che ci hanno interpellato, rispondiamo che per ottenere il FERRANNINI, «La Terapia Clinica nella medicina pratica», possono rimettere solamente lire *cinquanta* all'Amministrazione, la quale si è posta in grado di concedere anche le copie del 2° migliaio al suddetto prezzo di favore. L. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Partito Sanitario e candidature di classe.

Su questo argomento lucidamente svolto dal dott. Zambler su le colonne del *Policlinico*, l'on. dott. P. Capasso ha scritto un articolo sul *Pensiero Sanitario*.

L'on. Capasso conviene nel trovare non pratica nè realizzabile la organizzazione di un partito sanitario, che data la situazione politica attuale non si possa pensare neppure a candidature di classe nelle elezioni che si annunziano o meglio si presumono prossime, e che quindi sia più conveniente contentarsi di un programma minimo, quello di contribuire alla elezione dei medici sparsi nelle varie liste.

Là dove è un candidato medico, sia sorretto dai medici o meglio dalle classi sanitarie locali, medici, farmacisti, veterinari, levatrici; impegnandosi su di un programma più possibilmente tecnico e sindacale, formulato con molta circospezione della Federazione degli Ordini d'intesa con le grandi Associazioni di Categorie.

Se i sanitari (medici, farmacisti, veterinari, levatrici) di ogni comune con la media di 4 mila abitanti, assumessero l'impegno d'onore — impegno che possono ben mantenere — di dare al candidato di classe un centinaio di voti, il problema sarebbe risolto «sic et simpliciter».

Dove siano più medici candidati in liste diverse, s'intende che dalle organizzazioni dovrebbe essere «imposto» chi più ha dato alla classe.

In una azione simile, Federazione degli Ordini, Ordini, organizzazioni di categorie dovrebbero esplicare un'opera non soltanto esortativa e persuasiva.

Occorrerebbe l'imposizione di una dura disciplina con le più severe sanzioni contro i facilmente controllabili traditori della classe.

Forse, in tal modo, qualcosa se ne caverebbe. E la sicura origine sindacale numericamente accertata, imporrebbe all'eletto il mantenimento degli impegni assunti e la diligenza, non foss'altro per l'immanente spettro della perdita del seggio nel caso che egli, con l'abulia, con l'inerzia, con l'indifferenza, tradisse il mandato affidatogli, rinnegando, così, la classe. Insomma, se si vuol parlare di vere e proprie candidature di classe, bisogna stabilire un aritmetico rapporto di dare ed avere.

Coloro che s'appassionano ai nostri problemi e sentono il valore etico delle lotte che si vanno combattendo per donare una miglior vita sopratutto a quelle più oscure milizie nostre che recano nei tuguri, con sereno volto di apostoli, la fiammella della vita e della speranza, debbono formulare l'augurio che si marci finalmente verso un programma pratico.

Solo così potrà germinare nel Parlamento ora sordo a simili solitarie voci, la coscienza adeguata di quello che è e di quello che può dare la divina arte nostra al grandioso pulsare dell'esistenza collettiva.

Così scrive il dott. Capasso. E certo il programma da egli esposto è il più accettabile, perchè il più pratico, il meno difficilmente attuabile.

In quanto al partito sanitario c'è da dubitare che gli iscritti raggiungano il numero dei laureati in medicina e chirurgia. La rachitica costituzione dei sindacati medici, che pur intendono difendere gli *interessi* della classe, insegna quanto sia difficile riunire in una organizzazione, accomunare in un'idea una categoria di professionisti che hanno così spiccato e prepotente il senso della propria individualità.

Allo stato dei fatti l'unica organizzazione che può sussistere è quella *coatta*, ossia l'Ordine.

E per quel che riguarda l'elezione dei medici alle cariche pubbliche ci si può contentare del programma minimo esposto dall'on. Capasso. Si otterrebbe già molto se i medici votassero e facessero votare il nome del collega o dei colleghi compresi nelle liste del partito politico al quale appartengono.

Pangloss.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Riporto (vedi fasc. 44) L. 5,140 —

(Roma):

Ten. Col. Martoglio	L.	110 —
Cap. Perretti	»	100 —
Cap. Ferrari	»	100 —
Cap. Pasquali	»	100 —
Cap. Biagini	»	100 —
Cap. Bertelli	»	100 —
Cap. Cassinis	»	100 —
Cap. Ciaceri	»	100 —
Cap. Apolloni	»	100 —
Cap. Montechiari	»	100 —
Cap. Merlino	»	100 —
Cap. Pastore	»	100 —
Cap. Alliney	»	100 —
Ten. Col. Ricci	»	120 —
Cap. Zipoli	»	100 —

Cap. Giorgi	»	100 —
Cap. Galvani	»	100 —
(BARI):		
Magg. Caldarola	L.	107.50
Dott. Angiolani	»	50 —
Dott. Csanaletti (Ancona)	»	50 —
Dott. Caragnano (Taranto)	»	100 —
Dott. Cianconi (Fabriano)	»	50 —
Dott. Corbio (Avezzano)	»	18 —
Dott. Dentico (Bari)	»	50 —
Dott. Giamporcaro (Monopoli)	»	20 —
Dott. Mengoni (Ancona)	»	50 —
Dott. Mercante (Fermo)	»	18 —
Dott. Milella (Bari)	»	50 —
Dott. Modena (Ancona)	»	100 —
Dott. Natale (Ancona)	»	30 —
Dott. Paolucci (Senigaglia)	»	50 —
Dott. Pugliese (Cerignola)	»	50 —
Dott. Ragoni (Bari)	»	50 —
Dott. Rossi (S. Severo)	»	10 —
Dott. Spaziante (Altamura)	»	25 —
Dott. Sinisi (Andria)	»	25 —
(TRIESTE):		
Prof. Ravenna	L.	100 —
Dott. Marinaz	»	50 —
Dott. Grandi	»	50 —
Prof. De Nicola	»	50 —
Dott. Freund	»	50 —
Dott. Quargniali	»	50 —
Dott. Baicich	»	50 —
Dott. Rimini	»	50 —
Prof. De Castiglioni	»	30 —
Dott. Borowicka	»	25 —
Dott. Baffoni (raccolte a Caporetto)	»	86 —
Dott. De Manzolini	»	50 —
Dott. Oliani	»	50 —
Dott. Minas	»	50 —
Dott. Baffoni	»	50 —
Dott. Imperato	»	30 —
Ordine dei Medici di Udine	»	200 —
TOTALE	L.	8,794.50

(*Continua*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9705) *Concordato per tassa su locali.* — Dott. G. T. da P. — Il concordato verbale non ha alcun effetto probatorio. Su di esso non sarebbe consigliabile imbastire un procedimento giudiziario.

(9706) *Legge sulle pensioni.* — Dott. C. B. da S. — La nuova legge sulle pensioni non esiste ancora, perchè non ancora ha riportato l'approvazione del Senato.

(9707) *Ricchezza mobile.* — Dott. F. C. da B. — Anche il compenso del medico condotto, fissato a giorno, è colpito dalla tassa di ricchezza mobile pagabile o al Comune mediante ritenuta o direttamente alla esattoria.

(9708) *Rapporti gerarchici.* — Dott. A. C. da I. — Il veterinario, l'ufficiale sanitario ed il segretario comunale sono tre professionisti egualmente rispettabili ed indipendenti. Nessun rapporto gerarchico esiste fra di loro.

(9722) *Pensioni.* — Dott. F. Z. da P. — Liquiderà la somma annua di lire 3185.

(9723) *Ricchezza mobile.* — Dott. A. B. da S. T. — Si ha motivo a ritenere che la tassazione fatta da codesto esattore sia giusta, in quanto che all'aliquota principale della R. M. in L. 8.65, devesi aggiungere l'aggio all'esattore e tutte le altre contribuzioni secondarie, fra cui, il concorso alle opere pro-mutilati.

(9725) *Contributo collegio Perugia.* — Dott. G. I. da G. — Con legge del 4 ottobre 1920, n. 1476, fu aumentato a lire 24 il contributo annuale per il mantenimento del Collegio di Perugia. Non si spiega perchè codesto esattore ha esatto lire 28.

(9726) *Infortunii.* — Dott. P. M. da N. — Quello che si paga allo Stato per le quietanze è una specie di tassa sotto forma di marche da bollo. Alle prime immediate cure negli infortunii provvede l'assuntore dei lavori.

(9727) *Congedo annuale.* — Dott. A. M. da T. per L. — Al medico interino non spetta il mese di congedo annuale, tranne che non sia stato espressamente pattuito nell'atto di nomina. La legge stabilisce il mese di congedo per i titolari delle condotte, ma non per quei sanitarii che temporaneamente li sostituiscono.

(9729) *Pensioni.* — Dott. G. G. da L. — I due anni di servizio prestati prima della iscrizione alla Cassa sono validi tanto per la legge vecchia quanto per la nuova. I due anni di assistente effettivo si possono riscattare con la legge nuova, non con la vecchia. Sarebbe consigliabilissimo attendere, prima di andare in pensione, la pubblicazione della nuova legge, per aver agio di fare i riscatti, di cui ha bisogno. Con 25 anni di servizio e 57 di età, liquiderà l'annua pensione di lire 2061.

(9730) *Pensione - Congedo.* — Dott. V. S. da B. di S. — Ella ha già fatto passaggio alla Cassa pensioni governativa, ai sensi dell'art. 39 del testo unico della legge per le Casse di previdenza. Il contributo è, ora, di lire 132 annue tanto per il medico quanto per l'ente presso cui serve. Con

la legge attuale liquiderà la somma di lire 1324, con la legge nuova liquiderà, invece, quella di lire 2960. Nel congedo straordinario per malattia va computato quello ordinario, di cui è una protrazione.

(9731) *Ricchezza mobile.* — Dott. G. T. da T. — Per rispondere al quesito da Lei fatto occorre conoscere l'ammontare delle ritenute che codesto esattore opera per aggio, per sovraimposta e contributo mutilati.

(9732) *Società anonima per vendita specialità medicinali.* — Dott. M. S. da V. — Abbiamo risposto direttamente come da suo desiderio.

Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

RACCUJA (*Messina*). — Scad. 30 nov. L. 5000 (*sic*).

BURGOS (*Sassari*). — Scad. 30 nov. Consorz. con Esporlatua. Stip. L. 7500 oltre c.-v., L. 500 tenuta armadio farmaceut., L. 500 indenn. uff. san.

CAPPELLA PICENARDI (*Cremona*). — Al 30 nov., con Cigognolo; L. 6500 residenza, L. 2000 per 1000 pov., addiz. L. 2; 6 aumenti decrescenti dal 30 ai 5 %; L. 2500 trasp. (L. 4000 se vettura con cavallo); L. 500 uff. san.; L. 300 ambul.; casa disponibile, dietro canone di affitto. Serv. entro 15 g ab. 2692.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a posti di ufficiale sanitario per 11 comuni (v. fasc. 29) è prorogata alle ore 12 del 30 nov.

CELLAMARE (*Bari*). — Scad. 30 nov. L. 3000 (*sic*) per il serv. di assist. medico-chirurgico; L. 1200 per funzioni di vigilanza sanit. e veterinaria; una indenn. c.-v.; L. 800 per ciascuno dei primi 4 quadrienni e L. 600 per ciascuno dei successivi.

CORCIANO (*Perugia*). — Per Mantignana. L. 6000 e 2 c.-v., per 1000 pov., tre quinq. decimo, addizion. L. 2; se meno di 300 abb. L. 1000 di resid. pov.; L. 1500 trasp.; assicur. Serv. entro 15 giorni. Tariffa non super. al 50 % di quella dell'Ordine. Chiedere annunzio.

FIRENZE. *Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti* — Aiuto di medicina; L. 5250 e le indenn. c.-v.; 4 anni di laurea e 2 di serv. effettivo, con nomina regolare, presso gli Osped. dipendenti dall'Ammin. Nom. e conferma biennali. Docum. alla Segret. entro le ore 18 del 30 nov.

LECCE. *Congregazione di Carità.* — Aiuto medico, aiuto chirurgo e due assistenti medico-chirurghi con l'obbligo della guardia notturna e diurna. — Il concorso ad aiuto è per titoli. Età non superiore ai 50. Laurea da almeno un quadriennio, preferiti coloro che abbiano biennio di assistentato in ospedale civile, nomina quadriennali. Stipendio L. 3000 — Per gli assistenti il concorso è per titoli e per esami consistenti in nuove pratiche. Età inferiore a 40, laurea da un biennio. Stipendio L. 4300. — Aiuti ed assistenti, che non hanno diritto a stabilità, parteciperanno agli utili delle operazioni e a quelli dell'Ambulatorio chirurgico quando la Congregazione voglia farlo funzionare. Scade 30 novembre. Servizio entro 10 giorni.

LENOLA (*Caserta*). — Scad. ore 12 del 1° dic. Età limite 40. L. 6000. Preferenza a chi abbia prestato servizio militare in zona di operazione.

MONDOLFO (*Pesaro*). — Consor. A tutto 1° dic., proroga. Ab. 2002; L. 7000 fino a 500 pov., addizion. L. 3, L. 1000 disag. resid., doppio c.-v., 5 quadr. decimo; cavalc. dall'Ammin. consorziale. Età limite 40. Assicur. Chiedere annunzio.

MONTASOLA (*Perugia*). — Al 15 dic. Consor. con Vacone. L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 resid. povera, L. 3000 cav., L. 100 (*sic*) uff. san., L. 300 assicur., 3 quinq. decimo. Inscriz. in un albo. Ab. 765 più 450.

MONTEFRANCO (*Perugia*). — Scad. 30 nov. L. 6000 e due c.-v.; conveniente abitaz.; tre quinquenni.

OSTELLATO (*Ferrara*). — Scad. pror. 30 nov.

PIAGGE (*Pesaro*). — Scad. 24 nov. L. 7000 per 500 pov. e L. 3 ogni povero in più, quattro quadrienni decimo, L. 1500 disagiata resid., L. 1000 per spese di trasporto, L. 300 per uff. san., e le indennità caro-viv.

PIEVE DI CORIANO (*Mantova*). — Scad. 27 nov. L. 9000. Due c.-v. Oltre il terzo della popolazione indennità di L. 550 per ogni 100 poveri o frazione di 100. L. 800 per uso bicicletta e L. 600 per uff. san. Cinque quadrienni decimo. Abitaz. sana e decorosa a congruo canone d'affitto.

PISA. — Scad. 25 nov. Medico supplente alle condotte mediche. L. 5000 con 5 quadrienni del decimo, oltre due indenn. c.-v. e L. 1000 per spese di trasporto e trasferte.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Sono aperti i concorsi alle Cattedre di clinica chirurgica e di anatomia normale a Sassari, di otorinolaringoiatria a Pavia. Scad. 30 novembre.

ROMA. *R. Istituto di Elettroterapia e Radiologia Medica dell'Università.* — Aiuto effettivo; vedi fascic. 41. Scad. 30 nov.

SAN CASCIANO DEI BAGNI (*Siena*). — Scad. 30 nov. Terza condotta con residenza a Palazzone. L. 6000 e otto trienni ventesimo; L. 2000 indennità trasp.; indenn. c.-v.

S. VITTORE DEL LAZIO (*Caserta*). — Scade 30 nov. L. 6000, indenn. cavalc. L. 1800. Limite età 40.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: consorzio Marotta-Mondolfo-Fano (Perugia), Torre S. Maria (Sondrio), consorzio Baresi-Bordogna-Fondra-Roncobello (Bergamo), Rive Vercellese e Tronzano Vercellese (Novara), Quistello (Mantova), Rovenale (Pavia), Pradamano (Udine).

Revoca di diffide: consorzio Baresi e uniti (Bergamo), consorzio Poggi-Piani-Torrazze (Porto Mau-

rizio), Portala (Novara), Pieve Emanuele Opera e San Giuliano Milanese (Milano).

Nuovi boicottaggi: Mornago-Crosio (Milano) a favore del dott. Carbone.

BORSE DI STUDIO.

È istituita presso l'Istituto di M. S. fra medici e farmacisti di Roma e provincia (sede: vicolo dei Venti, n. 5-A), una borsa di studio intitolata: «*Borsa di studio cooperativa sanitari*». Tale borsa di studio è costituita con i fondi derivanti del residuo attivo della ex-Cooperativa di consumo fra i sanitari e dalle quote dei soci rilasciate per tale scopo.

La borsa ammonta a L. 500 annue e deve essere assegnata ad un figlio od una figlia di medico o farmacista, per la prosecuzione degli studi superiori.

La borsa verrà concessa annualmente e verrà assegnata nel mese di dicembre di ciascun anno dal Consiglio d'amministrazione dell'Istituto, il quale nella prima adunanza del mese, prenderà in esame le domande pervenute.

Qualora non vi fossero domande, la somma dell'anno andrà ad accumularsi con quella dell'anno successivo, nel quale verrà aperto un concorso per due o più borse di studio.

A parità di titoli e sempre a giudizio insindacabile del Consiglio il quale delibererà a maggioranza di voti, verranno preferiti:

1) Orfani di entrambi i genitori, di cui uno ex-socio dell'Istituto di M. S. fra medici e farmacisti di Roma e provincia e della cessata Cooperativa;

2) Orfani di un solo genitore che trovansi nelle condizioni di cui sopra;

3) Orfani di ex-socio della Cooperativa o dell'Istituto di M. S.

Nello stesso tempo si rende noto che per il lascito Olivieri l'Istituto ha libera una camera ed una cucina da assegnarsi secondo le disposizioni del testatore gratuitamente ad una vedova di medico-chirurgo o farmacista di Roma o provincia. Le aspiranti debbono entro il mese di novembre 1922 far pervenire domanda su carta libera al presidente dell'Istituto, presso il quale possono prendere cognizione delle norme di assegno e di quelle dell'uso di detta abitazione.

Si fa viva preghiera ai soci di interessarsi perchè venga a conoscenza delle vedove dei colleghi, quanto sopra.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata conferita la commenda della Corona d'Italia al dott. Vincenzo Caja, da Roma. Rallegramenti.

ERRATUM. — Nella recensione «Il prepuzio infantile», del fasc. 37, pag. 1211, 4º capov., linee 3-4, leggere: ortoformio cg. 50.

NOTIZIE DIVERSE.

Borse di studio per la malaria.

La Commissione consultiva malariologica presso il Ministero dell'Agricoltura ha proposto che sul fondo della malaria per l'esercizio 1922-23, vengano destinate L. 36,000 per tre borse di studio, da L. 12,000 ciascuna, da conferirsi, mediante concorso, per le ricerche malariologiche ed anofelologiche nei rapporti della colonizzazione interna delle piccole bonifiche igieniche; e L. 6000 per conferimento di due premi di L. 3000 ciascuno, ai cattedratici ambulanti dell'Italia meridionale ed insulare che dimostrino di avere svolta attiva opera di propaganda antimalarica fra i contadini.

Per la profilassi antimalarica.

Il 29 ottobre ebbe luogo, al Laboratorio Batteriologico della Sanità pubblica, la chiusura del corso pratico per assistenti sanitari antimalarici, tenuto ai congedati malarici per iniziativa dell'Associazione nazionale malarici di guerra, col concorso della Direzione generale della Sanità pubblica. In questa occasione ebbe luogo una simpatica cerimonia, col concorso di varie autorità sanitarie. Parlarono il prof. Gosio, direttore del corso, il dott. Vella, segretario del Comitato per i malarici di guerra, e il comm. Messea, vice-direttore generale alla Sanità.

All'Ospedale di Torre Annunziata.

L'Ospedale civico di Torre Annunziata, provvida istituzione da tempo funzionante nella operosa e industre città vesuviana, ha testè inaugurata la sua Sezione pediatrica, affidandone la direzione all'esimio collega dott. Giacinto Gatti, già direttore di un accorsato dispensario pediatrico al Vomero e già assistente alla R. Clinica Pediatrica di Napoli.

L'opportunità della creazione in parola si desume dal forte numero di bambini dei dintorni portati alla visita nei giorni indicati.

Soppressione di Divisione Ospitaliera a Trieste.

In vista della costante diminuzione nell'affluenza di malati dalla Dalmazia e dalle provincie contermini ex-austriache, il Consiglio di Trieste ha deliberato la soppressione di una divisione chirurgica nell'Ospedale Regina Elena, realizzando un preventivato risparmio di quasi 150,000 lire.

A questo provvedimento non sono estranei l'aumentato costo del malato, l'impianto di un Sanatorio chirurgico della Cassa distrettuale per malati e la deliberata costruzione di un nuovo Ospedale a Gorizia. (*Avvenire Sanitario*).

Elargizioni e lasciti benefici.

Il defunto principe di Monaco ha legato un milione di franchi a ciascuno dei seguenti quattro Istituti: Accademia di Medicina di Parigi, Istituto di Francia, Istituto Oceanografico, Istituto di paleontologia umana.

***

La signora Giuseppina Suardi ved. Opizzi e le sorelle Suardi, ad onorare la memoria del marito e del fratello, hanno elargito 100,000 lire all'Ospedale Predabissi di Melegnano (Lombardia), per la costruzione di un Padiglione per cronici e tubercolotici.

***

Il compianto ing. Cleto Pellagri, di Bologna, ha legato la proprietà dei suoi terreni in Argelato, per circa 30 ettari, all'Istituto di Aiuto Materno e Assistenza ai lattanti presso la Congregazione di Carità di Bologna, contribuendo così al funzionamento di una benefica fondazione che principalmente si propone di rendere possibile l'allattamento materno, base per la profilassi delle malattie della prima infanzia.

***

Il sindaco di Vaprio d'Adda, cav. uff. Anacleto Gerosa, a completare e perfezionare i mezzi diagnostici e terapeutici dell'Ospedale civile, ha dotato l'Ospedale stesso di un completo gabinetto radiologico.

***

Il sig. Natale Terenzi, portiere della Casa di S. Giuseppe a Milano, ha lasciato erede del suo modesto patrimonio, valutato in lire 15,000, l'Ospedale Maggiore.

Una medaglia d'oro al prof. Baccarani.

Gli assistenti effettivi e volontari dell'Ospedale Civile Umberto I in Ancona hanno offerto al prof. comm. Umberto Baccarani, direttore e medico primario, a dimostrazione di stima e di riconoscenza per la sua fervida opera di ammaestramento medico ospitaliero, una magnifica pergamena e una ricca medaglia d'oro.

Il prof. Baccarani ha ringraziato commosso, assicurando che continuerà a dare, come ha fatto fin qui, il frutto della sua esperienza e dei suoi studi ai giovani medici che frequenteranno l'Ospedale.

Alla sera poi, al ristorante Toms, gli stessi assistenti hanno offerto al prof. Baccarani un banchetto.

Per un ricordo al prof. Ferdinando Gangitano.

Nel secondo anniversario della morte del compianto prof. Ferdinando Gangitano, chirurgo-direttore dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Caltanissetta, di cui è sempre viva l'affettuosa memoria, i colleghi di Ospedale hanno deciso di rendere possibile l'attuazione di un ricordo marmoreo, già divisato dalla On. Congregazione di Carità, con una contribuzione personale, e di invitare i Colleghi della Provincia, gli amici, gli ammiratori ad unirsi a loro in questo divisamento che vuol essere una manifestazione di stima, di affetto e di vivo rimpianto verso l'illustre Estinto.

Le adesioni ed il contributo possono essere spediti al prof. Lionti Girolamo, nuovo direttore dell'Ospedale Vittorio Emanuele di Caltanissetta.

Vittoria della classe.

La «Federazione Medica» reca che la lotta sostenuta dall'Ordine di Bari contro l'Amministrazione scolastica provinciale, pel servizio sanitario presso quel Convitto Nazionale, fu vinta col portare l'assegno al medico a L. 3000 annue, unico esempio in Italia, perchè simili Istituti assai diversamente compensano che vi presta servizio sanitario: p. es. a Chieti si ha il minimo di L. 300 e a Roma il massimo di L. 1800.

IX Congresso internazionale di Odontologia.

Si è svolto ai primi di settembre in Madrid; la seduta inaugurale venne tenuta in presenza del sovrano; parlò il presidente prof. Brophi, di Chicago. L'Italia era rappresentata dal prof. Chiavaro di Roma.

Altra vittima dei raggi X.

Il dott. J. Bergonié, professore di elettrologia medica clinica e di fisica biologica alla Facoltà di Medicina di Bordeaux, ha avuto il braccio destro amputato a causa di una radiodermite; alcuni anni or sono gli si erano già dovute amputare due dita della stessa mano.

(*Journ. A. M. A.*, 16 sett. 1922).

Nefasti dell'automobile in Spagna.

Di recente Ramon y Cajal riportava due ferite alla testa, fortunatamente lievi, a causa di un urto dell'automobile, su cui transitava, contro un palo telegrafico, per un improvviso guasto al motore; altri 4 amici personali rimasero feriti. (*El Siglo Médico*, 2 sett.).

Un incidente più grave è occorso al prof. Pedro Zuloaga, ostetrico di Valladolid. Per schivare un viandante, il suo *chauffeur* fermò improvvisamente la macchina, facendola capovolgere: lo Zuloaga venne sbalzato violentemente fuori, riportando commozione generale e alcune lesioni, di cui la più grave ad una mano, con probabile perdita di alcune falangi. (*Ibidem*, 16 sett.).

Il 19 settembre scorso moriva in Caserta dopo brevissima malattia il dott. LUIGI MENDITTO nella giovane età di 32 anni. Durante la guerra italo-austriaca prestò la sua opera al fronte in reparti di Fanteria con zelo e abnegazione. Fu catturato in una delle offensive austriache e subì per 16 mesi i sacrifizi e le privazioni della dura prigionia nel campo di Mathausen. Fu venerato, stimato e amato da tutti quelli che ricorsero alla sua opera intelligente e benefica.

Alla famiglia e particolarmente al padre dott. Giovanni il «Policlinico» porge condoglianze vivissime.

G. N.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Coltura Med. Moderna, 25 mag. — S. De Sanctis. Cos'è il sogno?

Journ. des Sc. Méd. de Lille, 13 ag. — A. David. Patogenesi di un soffio extra-cardiaco.

Gaz. d. Hôp., 12 ag. — P. Nayral. Le sindromi motorie extra-piramidali.

Münch. med. Wochn., 4 agosto. — Autenricth e Taege. Determinazione dell'az. totale delle urine e dell'az. residuo del sangue senza distillazione nè titolazione. — Löwe. Reazioni cutanee nella tubercolosi. — A. Haas. Onanismo larvato in bambini.

Journ. of Amer. Med. Association, 22 luglio. — H. Winnett Orz. I principî fondamentali dell'ortopedia. — S. R. Roberts. Studî sull'ipotensione. — C. C. Bass. Lotta intensiva contro la malaria.

Gazette des Hôpitaux, 3 agosto. — Teissier, Gastinel, Reilly. L'incurabilità dell'erpete.

Id., 5 agosto. — Giroux e Deglande. Il bismuto nella sifilide: la stomatite bismutica.

Wiener klin. Wochens., 3 agosto. — E. Mattauschek. Trattamento moderno della tabe e della paralisi. — A. Gregurina. Hipselofonia.

Med. Klinik, 6 agosto. — Seitz A. Stato odierno della dottrina della mestruazione. — A. Menzer. Reumatismo articolare. — A. Heiser. Genesi delle ulceri gastriche da pasti troppo caldi ed affrettati.

Journ. d. praticiens, 29 luglio. — Marfan. La broncopolmonite della prima età. — N. Fiessinger. L'insufficienza epatica.

Id., 5 agosto. — Ch. Achard. Leucemia linfatica. — G. Sardou. Il tono vascolare nella terapia delle ferite.

Giorn. di medic. mil., 1 agosto. — E. Ferrari. Problemi cellulari.

Presse méd., 5 agosto. — Daniélopolu e Carniol. La prova endovenosa con l'eserina nell'esame del sist. vegetativo. — Desaux ed altri. Importanza dei disturbi epatici nella patogenesi degli eritemi arsenobenzolici.

Arch. di Farmac. sper. e scienze affini, 1 aprile-15 giugno. — C. Artom. Attività enzimatiche dell'app. digerente. — A. Busacca e C. Campione. Azione della morfina e cocaina sul sangue. — A. Sciortino. Ureometro di precisione.

Journal Amer. Med. Assoc., 29 lug. — L'insegnamento della sociologia e della sanità pubblica nel curriculum medico. — R. L. Cecil e N. P. Larsen. Clinica batteriologica e terapia della polmonite lobare.

Minerva medica, 1 agosto. — C. Negro. Osservazioni su alcuni casi di morbo di Flajani-Basedow. — E. Fubini. Azione terapeutica della sparteina.

Journ. d. Sciences méd. de Lille, 6 agosto. — Halluin. Progressi nella anestesia dentaria.

Riforma med., 7 agosto. — N. Pane. Attenuazione della tossina dift. nel brodo di fagiuoli. — C. Carisi. Cura cruenta delle fratture della rotula.

Med. Klin., 9 luglio. — O. Frankl. Rapporti fra carcinoma gastrico e genitali femminili. — A. Salomon. Riposo e movimento in chirurgia.

Gazz. Osp. e Clin., 27 luglio. — C. Felugo. Rapporto fra sifilide pigmentaria e tub. — A. De Martini. Nuovo metodo di ricerca dei pigmenti biliari nelle orine.

Riv. crit. di clin. med., 15 luglio. — A. Bolaffi. Encefalo-mieliti epidemiche simulanti affezioni addominali di pertinenza chirurgica.

Pathologica, 1 agosto. — U. Parodi. Produz. sperimentale di tumori epiteliali nel topo. — P. M. Pollero. Ricerche sul complemento emolitico nell'uomo.

Stomatologia, luglio. — C. Cavina. I moderni progressi della chirurgia orale.

Prensa med. argentina, 10 luglio. — T. Malamud. Epilessia e ghiandole endocrine. — C. A. Castano. Profilassi e lotta contro il cancro uterino.

Presse méd., 29 luglio. — E. H. Starling. Sul meccanismo di compensazione del cuore. — L. Cheinisse. La cura arsenicale nelle anemie.

British med. Journ. 5 agosto. — Num. dedicato alla riunione dell'Assoc. med. inglese.

Brazil-Médico, 15 luglio. — J. M. Gomes. Reazione di Paul nel vajuolo.

Riv. crit. di clin. med., 5 luglio. — C. Alessandri. Il sist. nerv. centrale nella porpora emorragica.

Boston med. and surg. Journal, 27 luglio. — H. F. Stoll. Valore delle determinazioni del metabolismo basale nel trattamento dell'ipertiroidismo. — F. L. Hoffmann. Mortalità da diabete.

Bull. Acad. de méd., 25 luglio. — C. P. Caplesco e D. Paulian. Disturbi nervosi di origine appendicolare. — M. Renaud e Duchein. Vaccinazione antitifica nel poppante.

Boll. delle cliniche, 31 luglio. — U. Gabbi. Epatite acuta suppurata da setticemia di origine oscura. — L. Salghini. L'oro colloidale nell'eresipela.

Boll. mal. orecchio, naso, gola, luglio. — C. Caldera. Sindrome meningea legata ad elmintiasi.

Clinica pediatrica, agosto. — E. Mensi. Tubercolinizzazione dei focolai di tub. cutanea. — F. Frassetto. Le leggi che vincolano i pesi alle stature dalla nascita a sei anni.

C. blatt. f. innere Med., 5 agosto. — J. Löwy. Aneurisma cerebrale con postumo di reumatismo articolare.

Folia medica, 15 luglio. — S. Fichera e P. Ajello. Az. distrofizzante delle tossine tub. e sifilitiche. — R. Bosisio. Sindrome pluriglandolare consecutiva ad influenza.

Id., 30 luglio. — T. Carpentieri. Preparati di chinino nella chemoterapia della tub.

Brazil-Medico, 26 agosto. — A. Moses. Uniformizzazione nella tecnica della r. di Wassermann.

La Riforma Stomatologica, 1. — S. Palazzi. Interventi chirurgici in ortopedia dento-facciale.

Scalpel, 2 settembre. — De Munter. Fisioterapia delle affezioni della colonna vertebrale.

Clin. Ostetr., 31 agosto. — E. Gallo. Rara distocia in un parto gemellare, per simultaneo impegno podalico.

Stomatologia, agosto. — G. Romano. Gli epiteliomi da resti paradentari.

ARCHIVI.

Annali di Nevrologia, fasc. II-III. — L. BIANCHI. La psicanalisi. — L. GRIMALDI. Genesi senso-affettive del delirio paranoico.

Morgagni (Arch.). 31 luglio. — B. AGAZZI. Enfisema sottocutaneo generalizzato da corpo estraneo in un bronco.

Il Cervello, maggio-giugno. — G. FRANCIONI. Sindrome bulbare vago-ipertonica nell'encefalite letargica. — A. SALMON. Genesi dell'ipertonia muscolare a tipo parkinsoniano.

Zeit. f. Tuberk., vol. 36, fasc. III. — HANNS ALEXANDER. L'exeresi del frenico nel trattam. della tub. polm. — B. VALENTIN. Ricerche istologiche sul reumatismo art. tub. — A. E. MAYER. Debolezza unilaterale e localizzazione tub.

Radiologia medica, agosto. — M. CAFFARATTI. Modificazioni quantitative negli elementi del sangue nei radiologi.

Journal of nervous and mental disease, agosto. — C. BURNS CRAIG. Drenaggio spinale consecutivo ad iniezioni endovenose di arsenobenzolo. — F. A. ELY. Difetti di memoria di Korsakoff nella neurite multipla da tossiemia gravidica.

Proceeding. of the R. Soc. of med., agosto. — R. JONES. Trattamento della paralisi infantile. — J. STEADMAN. Emorragie dopo l'estrazione di denti. — K. M. WALKER. Infezioni renali ascendenti. — J. BROWNLEE e M. YOUNG. Epidemiologia delle diarree estive.

Amer. Journal of obst. and gynec., luglio. — W. HERRICK. Gravidanza e malattie cardiache. — J. KROSS. Effetti della pituitrina sugli organi genitali. — G. COSBIE. Sifilide, aborti, natimorti. — R. MCPHERSON. L'eclampsia.

Journal of metabolic research, aprile. — L. FRIEDMANN e C. FUNK. Fattori nutritivi che regolano l'accrescimento dei batteri: vitamine e proteine idrolizzate. — A. CHANUTIN e L. B. MENDEL. Il metabolismo dell'azoto nei pasti singoli e frazionati. — H. J. JOHN. Tolleranza al glucosio e suo valore diagnostico.

Morgagni (Arch.), 31 agosto. — G. CATTANI. Propagazione ossea a distanza dei rumori pericardici e dei toni cardiaci. — F. COVA. Ricerca radiologica delle malattie del polmone.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX **Roma, 27 Novembre 1922** **Fasc. 48**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

L'anatomia e la fisiologia dell'articolazione temporo-mandibolare.

Prof. PRIMO DORELLO.

Generalmente le ricerche anatomiche, specie quelle attualmente di moda, sono destinate ad interessare una limitatissima cerchia di persone e siccome raramente hanno una immediata applicazione pratica, sono di regola poco curate ed apprezzate da coloro che si sono votati all'esercizio professionale.

Io ho avuto il piacere di vedere le mie ricerche sull'articolazione mandibolare assai benevolmente apprezzate dagli stomatologi italiani e stranieri e perciò assai volentieri ho annuito al desiderio espressomi dall'egregio amico prof. Vittorio Ascoli e mi sono deciso a riassumere in poche pagine i risultati più importanti, ai quali sono giunto dopo tre anni di minute e pazienti ricerche.

Guidato dal concetto che studiando la forma di un organo non si possa nè si debba fare mai completa astrazione della sua funzione, io ho fatto molte osservazioni sul cadavere, ma anche moltissime sul vivo e da questo felice connubio tra l'anatomia e la fisiologia sono scaturiti i risultati felici da me ottenuti.

***

Quando io cominciai a lavorare sopra questo argomento era opinione universalmente accettata dagli anatomici e ripetuta in tutti i trattati che l'abbassamento della mandibola nell'uomo fosse dovuto a tre muscoli sopraioidei, cioè al ventre anteriore del digastino, al miloioideo ed al genioioideo.

Il fatto che la direzione di questi muscoli è assai diversa da quella, lungo la quale si effettua il movimento del loro punto d'inserzione, aveva da lungo tempo destato in me il dubbio che questi muscoli fossero i veri abbassatori della mandibola; questo dubbio divenne certezza in seguito a questo esperimento. Poggiando la mandibola sopra un piano rigido e quindi mettendo fuori di azione i muscoli sopraioidei, si può ottenere un'ampia apertura dentaria, che determina il rovesciamento della testa verso l'indietro, anche se questo si ostacola con una modica pressione, e ciò avviene senza che si contraggano i muscoli della nuca, nei quali non si avverte alcun aumento di tensione. Questo prova che l'abbassamento della mandibola è prodotto da un muscolo teso direttamente tra questo osso ed il cranio.

Con una lunga e paziente serie di esperienze potei stabilire che l'agente essenziale dell'ab-

bassamento della mandibola è il muscolo pterigoideo esterno, mentre che i muscoli sopraioidei intervengono in quanto che impediscono con il loro tono lo spostamento verso l'innanzi della base della mandibola.

Questo meccanismo è sufficiente per produrre gli abbassamenti della mandibola necessari per la masticazione e per parlare. Invece negli esagerati abbassamenti, e verso la fine di essi, quando il condilo ha raggiunto il massimo spostamento verso il basso e l'innanzi, si contraggono validamente anche i muscoli sopraioidei, determinando un ulteriore abbassamento.

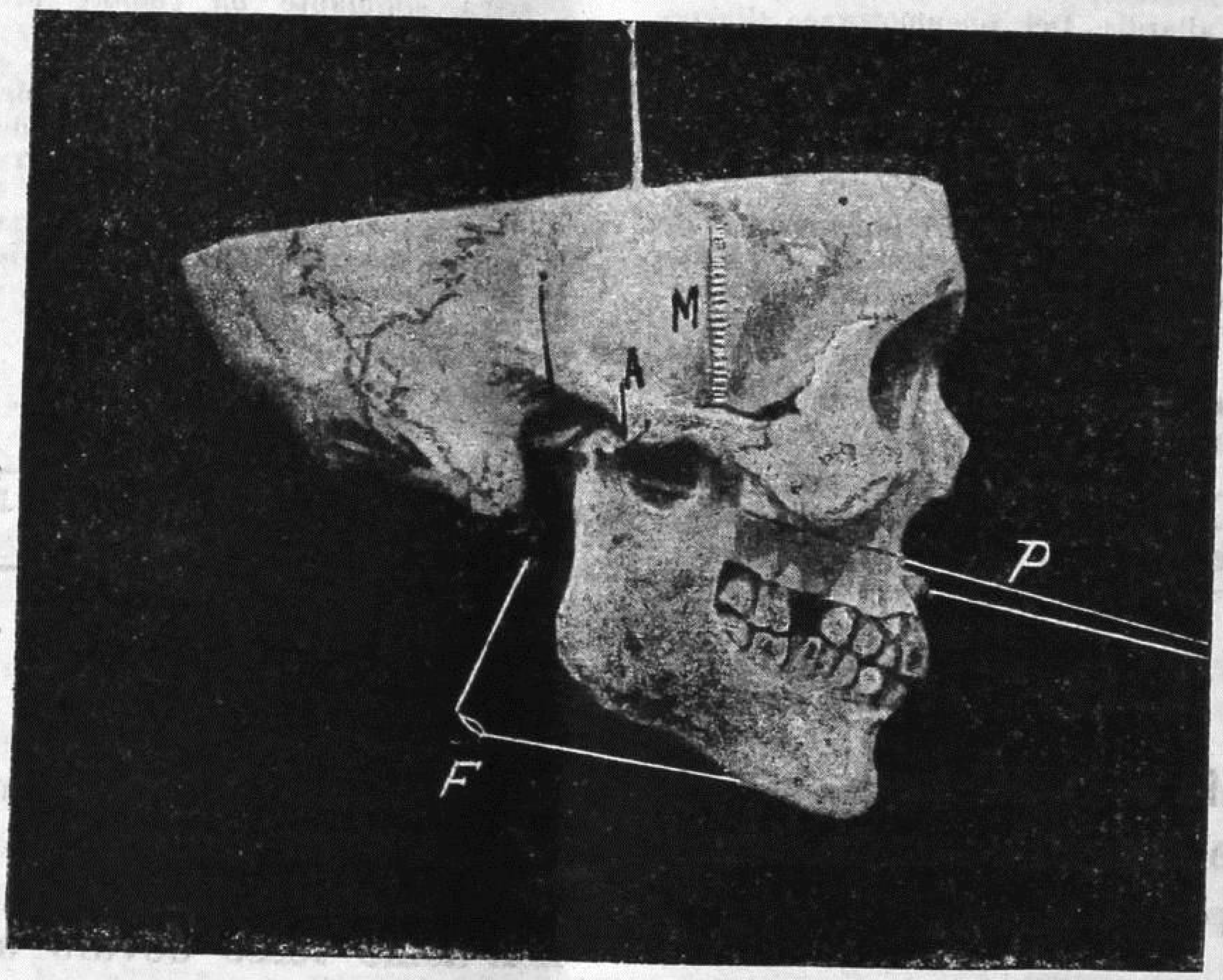
In tal modo si spiega come, quando noi abbassiamo la mandibola, gli incisivi scendono quasi verticalmente e solo in fine si portano anche un po' verso l'indietro.

In un cranio umano riprodussi con uno speciale dispositivo l'articolazione temporomandibolare e colla trazione del condilo, mediante un filo posto nella direzione della componente degli pterigoidei esterni, ottenni un abbassamento della mandibola per più di due centimetri. Esercitando poi una trazione sulla base mandibolare secondo la componente dei muscoli sopraioidei, ottenni un ulteriore abbassamento.

Ora se si raccolgono i tracciati del percorso delle varie parti di questa mandibola cioè del condilo, dell'angolo, degli incisivi ecc., si trova che questi tracciati corrispondono perfettamente a quelli, che si ottengono nel vivo.

Approfittando del fatto che nella chiusura forzata della mandibola il margine posteriore del menisco articolare viene a premere contro la parete anteriore del condotto auditivo cartilagineo, determinandovi cambiamenti di forma, che si possono apprezzare col dito, per mezzo di uno speciale apparecchio determinai le variazioni di pressione entro questo condotto durante le varie fasi di un atto masticatorio e potei così stabilire anche il modo di comportarsi del menisco.

Questi studi sul comportamento del menisco hanno avuto una importante applicazione nella pratica odontoiatrica, perchè mi hanno consentito di stabilire con precisione e fondandomi sopra dati anatomo-fisiologici quale debba essere l'altezza di una protesi dentaria.



Cranio, nel quale è stata riprodotta per mezzo di un apparecchio meccanico l'articolazione temporomandibolare. **A**, ansa di acciaio, una branca della quale attraversa l'asse del tubercolo articolare; mentre l'altra traversa l'asse del condilo. Con questo dispositivo il condilo può fare il movimento di rotazione attorno a sè stesso e di rivoluzione attorno al tubercolo articolare. - **M**, molla, che funziona da componente del muscolo temporale. - **F**, fermo al quale è attaccato il filo, che rappresenta i muscoli sopraioidei. - **P**, filo, che rappresenta la componente degli pterigoidei esterni.

Il meccanismo dell'abbassamento della mandibola da me illustrato è proprio della specie umana, poichè in tutte le altre forme di mammiferi ed anche nei rettili l'abbassamento è ottenuto con un altro mezzo, cioè per opera di un muscolo, che chiamo depressore. Questo muscolo, al quale negli animali domestici i zootomi danno il nome di digastrico, sebbene raramente si presenti diviso in due ventri, va dalla parte posteriore della base del cranio alla base della mandibola, quindi esso agisce tirando indietro la base della mandi-

bola, mentre il condilo è impedito di seguire questo movimento; sicchè un movimento traslatorio si trasforma in rotatorio e la mandibola si abbassa girando attorno all'asse bicondiloideo. Ma perchè avvenga questa trasformazione del movimento occorre che un ostacolo, una specie di fermo impedisca al condilo di spostarsi verso l'indietro insieme col resto della mandibola. Questo fermo è rappresentato da un robusto processo osseo, detto nei mammiferi processo retrofoveale, il quale, a seconda della grandezza della mandibola e della forza di abbassamento, assume uno sviluppo più o meno notevole. Nell'uomo invece, essendo cambiato il meccanismo dell'abbassamento della mandibola, che avviene per spostamento del condilo verso l'innanzi, il fermo, cioè il processo postglenoideo, che nella specie umana è chiamato comunemente processo articolare posteriore, perde la sua funzione primitiva e si riduce notevolmente fino alla completa scomparsa, come talvolta può verificarsi. Ecco quindi risoluto il problema, che aveva prospettato il Lubosch, il quale proponeva di ricorrere alla fisiologia per trovare le ragioni della riduzione o della scomparsa del processo articolare posteriore, ed ecco provato come un cambiamento della funzione possa determinare una notevole modificazione nella forma esterna dei capi articolari.

Ma il cambiamento della forma esterna non poteva essere il solo risultato, al quale si doveva giungere in seguito alla modificata funzione, e perciò io mi misi alla ricerca delle modificazioni, le quali certamente dovevano essere avvenute nella intima compagine delle ossa, che formano i capi articolari.

Noi sappiamo ora che la forma del trabecolato delle ossa spugnose non è casuale, ma è regolata da speciali leggi meccaniche, mediante le quali si può associare la massima resistenza colla massima leggerezza, cioè col minimo impiego di materiale; per cui si può dire che ognuna delle più piccole trabecole, che entrano nella costituzione di un osso spugnoso, ha un determinato ufficio e la sua distruzione può compromettere in qualche modo la resistenza di tutto l'osso. E se vi è un osso, nel quale la resistenza è continuamente sottoposta a durissime prove, questo è proprio la mandibola.

Noi di solito non ci rendiamo pienamente conto degli enormi sforzi, che fa la mandibola nella masticazione, ma possiamo farci un'idea della enorme potenza dei muscoli masticatori, ricordando che un uomo di media costituzione può colla stretta delle sue arcate dentarie sollevare un peso di 350 kg. e che la Dora Leona, un'atleta dentaria come la chiamavano i tedeschi, era capace di sostenere 500 kg.

La mandibola raggiunge la enorme resistenza che le occorre, non con una sovrabbondanza del tessuto osseo, ma con una distribuzione di questo veramente ammirevole: cioè il tessuto osseo compatto e spugnoso, che entrano nella formazione della mandibola, si ispessiscono e presentano particolari disposizioni lungo certe linee, che sono appunto quelle lungo le quali si esercitano i maggiori sforzi.

Infatti noi abbiamo nella lamina di tessuto compatto, che forma il rivestimento esterno della mandibola, degli ispessimenti lineari, che alla superficie esterna si manifestano come rilievi lineari o come vere creste e che io ho chiamato rinforzi. Questo procedimento si verifica in modo assai spiccato nei carnivori, nei quali la superficie della mandibola è molto accidentata. Oppure possiamo avere speciali disposizioni delle trabecole del tessuto spugnoso, cioè le trabecole si allineano e si associano, formando dei sistemi detti da Valkhoff traiettorie: un esempio bellissimo di questo comportamento lo abbiamo nelle scimmie antropomorfe, nelle quali la mandibola presenta una superficie esterna relativamente liscia. Finalmente i due processi possono insieme associarsi, come appunto si verifica nell'uomo.

Il condilo, essendo il fulcro dell'articolazione mandibolare ed anche il punto di confluenza di importanti traiettorie, deve risentire notevolmente nella sua intima struttura gli effetti di un cambiato meccanismo dei movimenti della mandibola, come pure ne deve risentire il tubercolo articolare del temporale.

Ritenni perciò molto utile di studiare comparativamente la intima struttura dei capi articolari ed a tale scopo mi servii tanto delle sezioni di queste ossa, come delle radiografie. Le radiografie sono molto utili, poichè permettono di vedere l'insieme delle disposizioni trabecolari e, quando vengano praticate adatte demolizioni, lasciano scorgere anche la disposizione trabecolare dei singoli punti.

I risultati di queste ricerche furono veramente corrispondenti all'aspettativa. Io sottoposi a questo studio i carnivori, le scimmie e l'uomo. Nei carnivori la mandibola ha solo il movimento di cerniera, cioè tutta la mandibola nell'abbassamento e nella chiusura ruota attorno ad un asse, che passa per i due condili. Nelle scimmie, oltre l'abbassamento e l'innalzamento, abbiamo movimenti di lateralità, che però sono limitati più o meno notevolmente dal maggiore o minore sviluppo

dei canini. Nell'uomo invece a questi due gruppi di movimenti si associa pure il movimento di scivolamento dall'avanti all'indietro della mandibola sul mascellare superiore.

In tutti e tre i casi, sebbene si tratti di meccanismi di masticazione molto differenti, lo studio della disposizione trabecolare dette importanti risultati, mostrando che la disposizione e la densità delle trabecole è tale da assicurare la massima resistenza nei punti, ove maggiore è la pressione che l'osso deve subire.

Infatti la pressione, che i capi articolari sopportano nella chiusura della mandibola, è molto maggiore di quella, che devono sopportare nell'abbassamento ed inoltre nei mammiferi, salvo l'uomo, durante l'innalzamento lavora prevalentemente la parte anteriore delle superfici articolari, durante l'abbassamento la parte posteriore ed è per questo che noi troviamo la parte anteriore dei capi articolari più robusta della posteriore.

Ma occupandoci solamente dell'uomo, come quello che ha per noi il maggior interesse, vediamo che il tubercolo articolare del temporale è formato da due robuste lamine di tessuto compatto, tra le quali è interposto uno strato di tessuto spugnoso: questo presenta il suo massimo spessore verso la parte media del tubercolo articolare, cioè nel punto nel quale preme il condilo, quando le arcate dentarie stanno per giungere ad immediato contatto tra loro.

Ma ancora più dimostrativa è la struttura del condilo mandibolare umano: nella superficie articolare di questo distinguiamo un versante anteriore ed uno posteriore. Il versante anteriore è quello che subisce tutti gli sforzi, cioè tanto quelli dell'innalzamento della mandibola, che sono notevolissimi, come quelli dell'abbassamento: corrispondentemente a questo comportarsi della funzione la parte anteriore del condilo presenta un notevole addensamento di trabecole, mentre la parte posteriore ne è povera, tanto da dare l'impressione di una vera rarefazione ossea, la quale a prima vista potrebbe essere ritenuta patologica, se non si presentasse costantemente in tutti i soggetti.

***

Ed ora giunge spontanea la domanda. Perchè nell'uomo si è stabilito un meccanismo di abbassamento della mandibola differente da quello che si ha in tutti gli altri mammiferi?

Io ho creduto di trovare la ragione di questa profonda modificazione nel fatto, che l'uomo ha acquistato la stazione eretta, ed ho dimostrato meccanicamente che, se l'uomo dopo questo importante acquisto avesse continuato a possedere il meccanismo dell'abbassamento mandibolare proprio di tutti gli altri mammiferi, la sua mandibola non avrebbe potuto abbassarsi che di un piccolo tratto, perchè la sua base sarebbe andata ad urtare contro gli organi sottostanti del collo. Quindi sempre per ragioni meccaniche sono intervenuti quei profondi cambiamenti, che caratterizzano la mandibola umana e tra i quali uno dei più importanti è la formazione del mento. Questo, come fu già per la prima volta rilevato da Linneo, è caratteristico della specie umana. Però le recenti scoperte di scheletri umani fossili hanno dimostrato che il mento non è comparso ad un tratto, ma si è sviluppato gradualmente. Infatti noi abbiamo tra gli avanzi dell'uomo fossile la mandibola di Mauer, che si può considerare come priva di mento, cioè appartenente ad un uomo amentale, e da questa, passando attraverso numerosi altri crani fossili, attraverso la mandibola dell'australiano, dell'esquimese, dell'indiano, del negro, del cinese, arriviamo fino all'europeo, nel quale il mento ha raggiunto il suo massimo sviluppo.

BIBLIOGRAFIA.

DORELLO P. *Osservazioni anatomiche e fisiologiche sopra l'articolazione temporomandibolare dell'uomo.* Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, anno 1920, e Rivista di Odonto-Stomatologia ed Odontotecnica, anno I.

ID. *Osservazioni sopra il processo articolare posteriore del temporale dell'uomo.* Rivista di Odonto-Stomatologia ed Odontotecnica, anno I, 1922.

ID. *Sopra la intima struttura dei capi articolari dell'articolazione mandibolare.* Rivista di Odonto-Stomatologia ed Odontotecnica, anno I, 1922.

ID. *Sull'origine del mento.* Annali di Odontologia, anno VI e VII, 1921-922.

ID. *Ricerche sopra i movimenti masticatori e loro applicazioni.* La Stomatologia, anno 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE FATE BENE FRATELLI - MILANO

Del pneumotorace diagnostico.

(Cisti da echinococco del polmone diagnosticata col pneumotorace artificiale).

Dott. prof. C. VALLARDI, medico primario.

Un giovane di 26 anni (M. E.), nato e vissuto in un grosso centro milanese, entrò nell'Ospedale F. B. F. lo scorso maggio con la diagnosi di « ascesso del lobo polmonare inferiore sinistro ». Nel 1916 aveva sofferto di tifo, al quale era seguita una forma pleurica di sinistra senza versamento. Nel gennaio u. s. incominciò ad avere tosse, espettorato muco-purulento, febbre, dolore alla base del torace sinistro. Circa un mese dopo, perdurando questi fenomeni, ebbe un attacco febbrile ad oltre 40° preceduto da brividi ed accompagnato da esacerbazione dei dolori al torace sinistro. La temperatura poi lentamente diminuì e l'A. ebbe un lieve miglioramento generale; continuava però la tosse con espettorato, aumentando nel decubito laterale destro. Mai vomica; espettorato di tanto in tanto con qualche stria di sangue. All'entrata in Ospedale lamentava senso di pesantezza e dolori alla base toracica sinistra.

Individuo di buona costituzione scheletrica però denutrito e pallido. P. 100-110 ritmico, molle. T. a tipo subcontinuo con massimo serotini di 38°,4, minimi mattutini di 37°,2. Pr. (Mas. 145 mm.; min. 80). Tosse frequente, talvolta stizzosa, specie nel decubito destro. Espettorato in quantità di gr. 20-25 al giorno, muco-purulento, grigiastro, semifluido, talvolta striato in rosso.

Il torace ben sviluppato, simmetrico, presentava posteriormente ritardo inspiratorio della metà sinistra ed ipofonesi timpanica della metà inferiore sinistra con diminuzione del fremito e del murmure fino alla quasi completa scomparsa alla base. Pochi rantoli diffusi a piccole medie bolle poco risonanti sulla zona ipofonetica. Anteriormente l'ipofonesi basilare si fondeva con l'area di ottusità cardiaca ed i fenomeni acustici erano ancor meno marcati che posteriormente. Mobilità del margine inferiore abolita. A destra reperto toracico normale. L'esame cardiaco nulla offriva di particolare importanza. Rilievo addominale pure normale.

Le seguenti indagini di laboratorio: reazioni Widal, Wassermann, Emocoltura; esame orine e feci, diedero reperto negativo. L'espettorato presentava abbondanti polinucleari e cellule bronchiali in disfacimento, assenza assoluta di germi acido resistenti (anche con varii metodi di arricchimento), flora batterica saprofitica banale, non ifomiceti. Esame del sangue: G. R. 5000000. G. B. 6000, Hgb. 70 (Fleischl). V. g. 0.70. Polinucleari 78 %; eosinofili 5 %; linfociti 15 %; Grandi Mononuc. 2 %. Due punture esplorative alla base del polmone sinistro diedero reperto negativo.

L'esame radiologico, più volte eseguito, dava il reperto seguente, confermato dalla radiografia (vedi fig. 1). Alla base toracica sinistra un'ombra di forte intensità, uniforme, a margine superiore irregolarmente convesso, che prende stretti rapporti col diaframma di cui subisce i movimenti e che si confonde con l'ombra cardiaca. Essa occupa circa la metà inferiore del lobo inferiore sinistro; il seno c. d. sin. è occupato da questa ombra e non si modifica nell'inspirazione. Rilievo cardiaco e toracico destro normale.



Fig. 1.

La diagnosi di ascesso del lobo polmonare inferiore sinistro si imponeva per i precedenti morbosi del paziente, specialmente per i fenomeni toracici iniziati quattro mesi prima, per il decorso sempre febbrile della malattia, per il dolore localizzato alla base sinistra, per l'aumento della tosse e dell'espettorato nel decubito destro, per il deperimento lento ma progressivo del paziente, per il rilievo radioscopico e radiografico.

Data la limitata estensione del focolaio pol-

monare, e la sua netta localizzazione nel lobo inferiore pensai che con un pneumotorace artificiale sinistro si sarebbe potuto realizzare una sufficiente compressione del focolaio dall'alto e forse anche dal lato sinistro o tutt'al più si sarebbero create delle condizioni nuove nel torace con una più netta delimitazione dei margini dell'ombra radioscopica, tale da permettere una diagnosi di certezza.

Il pneumotorace riuscì facilmente. La prima introduzione di 550 ccm. di N. portò la pressione da — 6 inziale a + 6, pressione che con i successivi rifornimenti (in totale 6 in 16 giorni, a distanza di due-tre giorni l'uno dall'altro) si mantenne pressochè costante.

Già dopo le prime introduzioni di gas allo schermo il polmone in alto si presentava retratto notevolmente ed al di sotto l'ombra massiva basilare assumeva una maggiore grandezza ed una forma diversa, quasi completamente sferica, essendo ben delimitata dal gas tanto in alto quanto a destra ed a sinistra. Alla 6ª introduzione di gas il reperto radioscopico e radiografico (vedi fig. 2) diceva: l'ombra basilare sinistra è aumentata di volume rispetto al reperto surriferito (eseguito 20 giorni prima), ben circoscritta, quasi sferica, delimitata da una zona chiara di pneumotorace da tutti i lati tranne che alla base dove sembra riposare sul diaframma. Essa subisce i movimenti respiratorii ed un po' anche i laterali del paziente ed in rapporto ad essi modifica leggermente la forma come se essa corrispondesse ad una raccolta incistata di liquido. Al di sopra di quest'ombra si nota il polmone compresso del pneumotorace. Il mediastino è spostato quasi completamente a destra.

Trattavasi dunque di una voluminosa cisti da echinococco insediata nel lobo polmonare inferiore sinistro. La diagnosi era stata possibile e sicura solo colla creazione di un pneumotorace artificiale sinistro e fu confermata pienamente dal successivo intervento chirurgico con la fuoriuscita di liquido tipico, limpidissimo.

Data la precedente diagnosi di ascesso polmonare non ho creduto prudente cosa insistere colle punture esplorative del focolaio, le quali, se ripetute in differenti posizioni, avrebbero forse potuto portare alla diagnosi di natura.

Non è qui poi il momento di discutere sul valore diagnostico della deviazione del complemento con antigene echinococcico alla Ghedini-Weinberg o dell'intradermoreazione alla Casoni; la percentuale dei loro risultati positivi nell'echinococcosi (circa l'80 %) però non è certo sufficiente per attribuire a queste reazioni, pure specifiche, un valore assoluto. Se esse si fossero eseguite nel mio caso ed avessero anche sortito reperto positivo, non avrei ugualmente desistito dall'applicazione pneumotoracica.

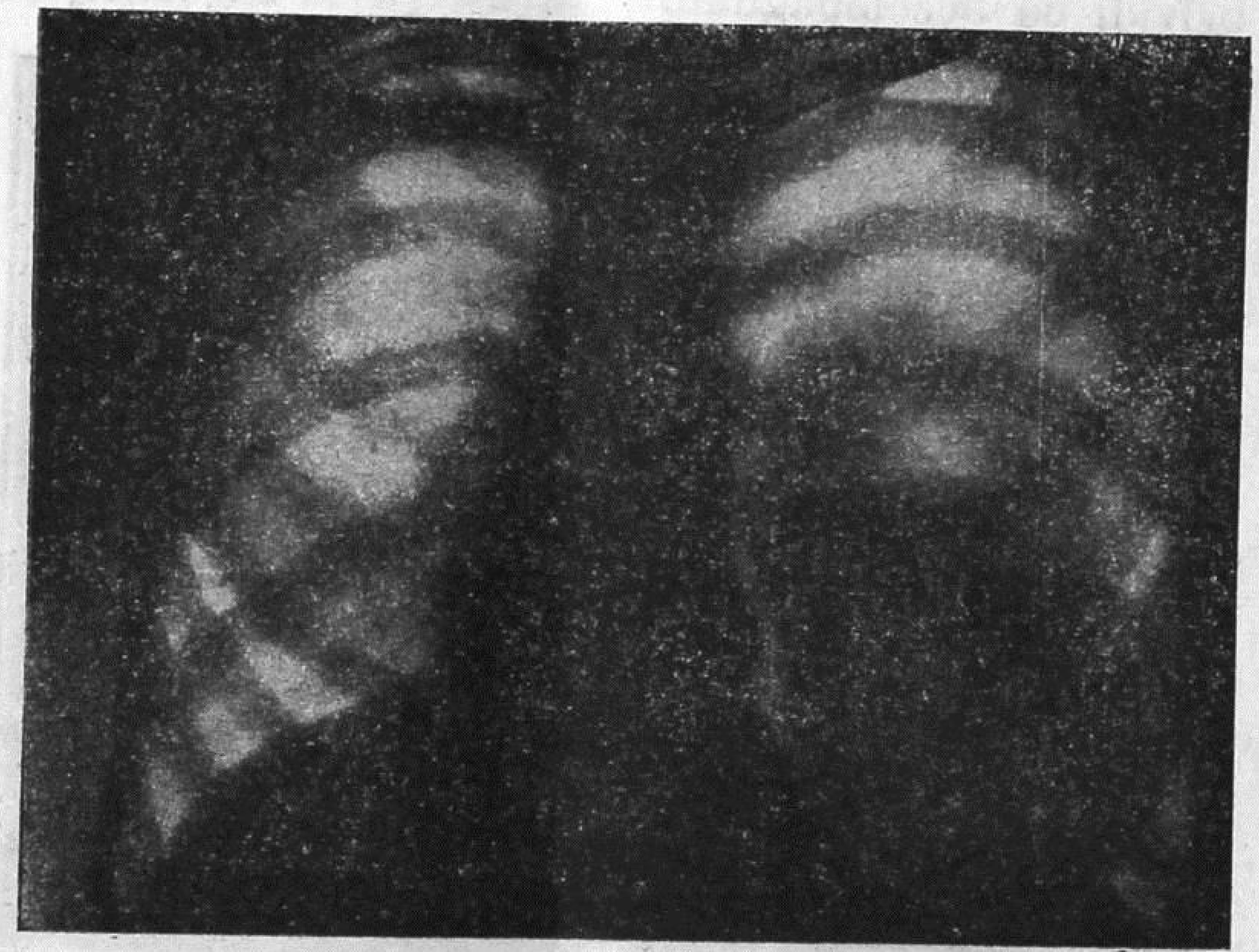


Fig. 2.

Questa breve nota porta un nuovo contributo al valore diagnostico del pneumotorace artificiale. Sullo stesso argomento, ma per differenti lesioni e non del polmone, due colleghi nostri l'Izar (1) e l'Alessandrini (2) hanno richiamata recentemente l'attenzione; il primo trovò di grande utilità, dopo l'estrazione di versamento pleurico destro, creare il pneumo-

(1) G. IZAR. Radiologia medica, fasc. 11-12, 1920.

(2) P. ALESSANDRINI. Associazione romana fra i cultori dell'elettrologia, ecc., marzo-maggio 1922.

torace artificiale per stabilire la diagnosi di due casi di ascesso epatico amebico; il secondo in un caso di difficile diagnosi differenziale tra aneurisma dell'arco aortico e tumore mediastinico, mercè l'introduzione intrapleurica di 300 ccm. di gas, potè sorprendere pulsazioni nette, espansive dell'ombra e fissare la diagnosi di aneurisma.

Non mi risulta che sieno state fatte osservazioni simili a quella da me riferita tanto meno per diagnosticare cisti d'echinococco del polmone, le quali anzi, nella maggioranza dei casi, sono per il radiologo di facile interpretazione. La cisti da e. del mio a. era di considerevole dimensione occupando buona parte del lobo polmonare inferiore sinistro e pure per la sua peculiare ubicazione l'indagine clinica e radioscopica (senza pneumotorace) non permetteva una diagnosi di certezza.

Io credo che il pneumotorace artificiale possa esser utilmente usato a scopo diagnostico in casi di dubbia interpretazione di lesioni degli organi toracici e possa assumere l'importanza diagnostica del pneumoperitoneo la cui tecnica non è del resto nè meno facile nè meno scevra di inconvenienti.

IGIENE.

OSPEDALE DI LORETO IN NAPOLI.

La trasmissione del virus vaioloso della pecora all'uomo - Profilassi.

Dott. ANTONIO BEVILACQUA.
Assistente volontario di medicina.

Nelle provincie meridionali, bagnate dal mare Adriatico, esiste una epidemia di schiavina o vaiuolo ovino, causata dall'emigrazione periodica di animali infetti dalla pianura alla montagna e viceversa. L'epidemia appartiene alla forma di mediocre intensità, sia per la diffusione, — essendo state colpite soltanto quelle mandrie, i cui pascoli si trovano sul cammino percorso dalle pecore infette — sia per la mortalità, in quanto che la percentuale degli animali morti per vaiuolo si è mantenuta sempre bassa (15, 16 %). Ora, data l'ingordigia dei proprietari, fomentata anche dalla poca o nessuna sorveglianza delle superiori autorità, la più gran parte degli animali contagiati va a finire nelle case dei macellai, i quali non si peritano di vendere la carne vaiolosa al pubblico, che accorre a comprarla per il modico prezzo di essa.

Nell'agosto scorso, quando l'epidemia era nel suo acme fra le mandrie paesane, si è presentato alla mia osservazione un giovane macellaio del luogo, un tal Z. D., con una sindrome caratteristica. Egli mi ha narrato che, cinque giorni prima, si è accorto di una piccola pustola, sorta in corrispondenza del terzo spazio interdigitale di destra e di un'altra sulla faccia interna dell'avambraccio dello stesso lato. Quasi contemporaneamente alla comparsa di simili lesioni, il paziente è stato colpito da forte febbre con un unico ed intenso brivido iniziale e da tosse proveniente, a dire dell'infermo, dalla gola infiammata. Inoltre presentava: cefalea, dolorabilità agli arti, lingua impaniata, conati di vomito, anoressia, sete intensa. Questi sintomi si attenuavano nelle ultime ore della notte e scomparivano al mattino, in seguito a profusi sudori. Di fronte a tale racconto, la mia attenzione è stata subito attratta dalla mancata corrispondenza fra la sintomatologia locale e quella generale. A delle piccole, banali e scarse affezioni cutanee, corrispondeva un'eclatante intossicazione dell'organismo, tale, da far pensare che non i comuni cocchi (stafilococchi e streptococchi) erano stati la causa della malattia dell'infermo, bensì qualche altro microbo a tossicità elevata e a localizzazione speciale. Quest'altro microbo non poteva essere che l'agente specifico del vaiuolo delle pecore, e ciò sia per ragione di mestiere, che consentiva il contatto fra l'animale infetto e l'uomo, sia per i peculiari caratteri della lesione cutanea. Ed invero, più tardi il giovane macellaio m'ebbe ingenuamente a confessare di aver ammazzato e decorticato in campagna qualche animale, appartenente a mandria notoriamente infetta da schiavina. Le vescicole, poi, si presentavano con contenuto purulento, ombelicale al centro e con alone rosso periferico.

Persuaso di questa etiologia, trattai l'ammalato con mezzi energici, e propriamente praticai l'escissione cruenta delle 2 pustole e somministrai fenato di chinino per os. L'indomani trovai la febbre scomparsa, ma un cospicuo edema del dorso della mano malata e ingorgo delle ghiandole sottoascellari. Causticai profondamente le 2 pustole con il lapis di nitrato d'Ag. e feci praticare larghi fomenti caldi alle parti edematose. Nei giorni seguenti, i sintomi andarono man mano attenuandosi, finchè alla fine della settimana il macellaio guarì completamente.

Il 3 settembre u. s. è capitato alla mia osservazione un altro macellaio del paese S. G., che presentava numerose caratteristiche vescicole sugli avambracci e sulle mani. Egli mi ha narrato che queste vescicole cominciavano sotto forma di un rilievo rosso-papule, le quali dopo poche ore diventavano bianche

alla punta: contenevano esse un liquido giallo-opalino (la linfa vaccinica), che ben presto diventava purulento.

Non è questa l'esatta descrizione clinica dell'insorgenza e dello sviluppo dell'esantema vaioloso? Convalidava il racconto del paziente l'esame obbiettivo, il quale mostrava delle vere e proprie vescicole puriformi, accanto a delle papule disseminate, eguali, omogenee. Tranne queste lesioni dermiche, il S. non presentava nessun altro disturbo locale — nè edemi nè adenopatie — e non accusava inconveniente generale di sorta. Consigliai gl'impacchi al permanganato di potassio — tiepidi e ripetuti — nella soluzione al 5 %, che fecero guarire l'infermo nello spazio di 5 giorni.

I 2 casi su riferiti sono importantissimi, perchè dimostrano indubbiamente la trasmissione del contagio fra animali affetti da schiavina ed uomini, che hanno comunque contatto con essi. La difficoltà sta nel dimostrare quale sia questa trasmissione e perchè la stessa causa possa produrre effetti diversi in organismi diversi. Certamente viene trasmesso il virus specifico del vaiuolo, forse quel virus contenuto nella linfa delle vescicole vaiolose. La resistenza dell'organismo ricettore determina la preponderanza della sintomatologia locale rispetto a quella generale o viceversa. Quando il virus attacca un individuo giovane, che mai è stato vaccinato, che mai ha sofferto una simile infezione, allora esso conquide subito l'organismo, lo intossica, si sparge per il sangue e dà luogo alla grave sindrome, descritta nel 1° caso. Invece, quando il virus ha contagiato un organismo già provato da tale morbo, che già è stato vaccinato, che già altra volta ha subito l'infezione, questa resta in loco, dà sembianza di sè sotto forma d'innocue vescicole e muore nella 1ª fase delle sue manifestazioni. Così è successo al 2° macellaio, che è stato vaccinato 2 volte e che 3 anni addietro ha sofferto una simile malattia.

Già altri AA., che io mi sappia, pochi in verità — quali il Villain e il Bascou — hanno descritto casi di schiavina trasmessi all'uomo, e propriamente ai pastori, che dividevano i montoni in lotti nei pascoli da occupare. Essi però affermano che la eruzione nell'uomo decorre senza febbre, il che non è, come dimostra il 1° caso da me riferito, quello del giovane macellaio.

Ho consigliato a tutti coloro, che dovevano aver contatto con animali infetti o supposti infetti, quale profilassi, l'uso d'una soluzione fresca di permanganato di potassio al 5 %, da servire alla lavatura delle mani ogni volta che si toccava una bestia ammalata. Ritengo che tale metodo sia sufficiente a liberare gli uomini dal contagio, come è avvenuto nella epidemia di schiavina attuale, in cui nessun altro caso di trasmissione si è verificato. Ora, una volta che le misure sanitarie, atte ad impedire la vendita o la messa in vendita di carne di ovini febbricitanti per vaiuolo — come pur prescrive il Regolamento di polizia veterinaria, § 11 art. 66 — riescono insufficienti, perchè le Autorità tutorie non consigliano almeno questo metodo di profilassi? perche esso non viene imposto ai proprietari di mandrie infette, allo scopo di salvaguardare i contadini, costretti a sotterrare l'animale deceduto? perchè non viene consigliato ai veterinari, che hanno contatto con animali vaiolosi?

Già il Drejer nel 1910 usava spennellare il corpo del paziente con una soluzione fresca di permanganato di potassio al 5 %, o, se la pelle era troppo delicata, con una soluzione più debole (1,5-2 %). Con tale trattamento egli veniva ad usufruire della triplice proprietà del permanganato di potassio e cioè: *a*) dell'azione della luce, essendo notorio che la luce diventa rossa, quando è costretta ad attraversare soluzioni di permanganato di potassio; *b*) dell'azione germicida, per cui si ha diminuzione del processo suppurativo, e quindi più rapida guarigione delle ulcerazioni; *c*) del potere ossidante, che produce deodorazione dell'ambiente e attenuazione della sepsi generale. Questo metodo è stato largamente usato, sempre con buoni risultati, da A. Balfour (*Journ. of trop. and. hyg.*, 15 febbraio 1921) specialmente presso gli indigeni delle colonie tropicali, in cui il vaiuolo endemico è sempre grave.

S. Martino in Pensilis.

FARMACOLOGIA.

ISTITUTO BOTANICO DELL'UNIVERSITÀ DI FERRARA

Il Chenopodio antielmintico in Italia.

Nota del prof. EMILIO CAVAZZANI.

Molti anni addietro nel suo classico Manuale di farmacologia clinica così scriveva il Cantani (1): « Sarebbe meritevole fare degli esperimenti con questa pianta che si acclimaterebbe perfettamente anche in Italia e la quale essendo, come pare, assai bene tollerata anche dai più piccoli bambini, potrebbe davvero arricchire il nostro tesoro terapeutico ». Il Cantani accennava al Chenopodium antielminthicum L., pianta indigena dell'America settentrionale, dove già a quell'epoca si usavano largamente nella lotta contro varî parassiti intestinali e la polvere dei semi ed un olio essenziale estratto dai medesimi per distillazione.

Si direbbe che il voto dell'insigne farmacologo e clinico napoletano sia rimasto lettera morta: nel calendario del tempo balsamico per la raccolta delle droghe del Dezani (2) non figura alcun chenopodio: nel catalogo delle specie spontanee nel territorio bolognese che possono costituire oggetto di commercio erboristico, L. Gabelli (3) nomina Chenopodium vulvaria L. e Chenopodium ambrosioides L.: A. Béguinot (4) nel suo lavoro « L'industria dell'erboristeria nella provincia di Padova » nomina Chenopodium ambrosioides L. naturalizzato lungo gli argini del Bacchiglione e del Brenta ed accenna alla varietà anthielminticum coltivata nel Maryland (America). Nel trattato Tappenheimer-Piccinini (5), uno dei pochi che citino la droga è detto dell'olio etereo ricavato dal Chenopodium antielminthicum dell'America del Nord. A. Filippini (6) in una recente rivista sintetica dice: fra le sedici specie di Chenopodio che l'Italia possiede trovasi pure l'ambrosioides (non risulta però la varietà antielminthicum).

L'America contemporanea tiene in grande conto la droga: soltanto nella contea di Cavrol vi sono secondo E. K. Nelson (7) sette distillerie per l'estrazione dell'ascaridol e nella stampa medica rispettiva più autori (8) si occupano della sua azione fisiologica, terapeutica e tossicologica. I principî attivi del chenopodio provocano diversi disturbi in forma di avvelenamento (vertigini, nausee, cefalalgie, sordità prolungata ed anche morte), inconvenienti che si cerca di attenuare con più perfetta purificazione dell'olio e con norme particolari nella sua somministrazione.

Le prove fatte finora in Italia non hanno condotto a risultati tali da incoraggiarne l'uso: ciò non toglie che l'ambiente botanico e farmacologico italiani si devano interessare a questa pianta che contiene in notevoli quantità un olio essenziale assai potente e che potrebbe trovare altre applicazioni oltre quella antielmintica: e ciò tanto più perchè la pianta non solo è acclimatizzabile nel nostro paese come aveva preveduto il Cantani ma cresce senza cultura nei terreni più ingrati.

Ciò affermo perchè un esemplare di Chenopodium antielminthicum è stato da me raccolto giorni or sono lungo un muro della via Buonporto di Ferrara, dove vegetava fra i ciottoli insieme alla Parietaria off., all'Euforbia mac., all'Oxalis cornic. e ad altre erbacce.

La identificazione della pianta è stata fatta su esemplari meglio sviluppati raccolti anche essi lungo i muri ed in terreno assolutamente sterile in un angolo dell'orto botanico annesso a questo istituto e situato presentemente ad una certa distanza dalla suddetta via Buonporto.

L'esperto giardiniere Ferioli Angelo, che da molti anni governa l'orto botanico di Ferrara, assicura che si tratta di pianta perenne, carattere importante per differenziare il Ch. ant. dal Chenopodium chilense, al quale molto rassomiglia nella sua forma generale.

La pianta (fig. 1) ha radici bene sviluppate, la principale fittoposa, il caule verde suffruticoso, spesso striato con piccoli peli glandolosi: foglie (fig. 2) larghe 7-10 cm., larghe 1-2 cm, peziolate, un poco decorrenti. subpenninervie, portano al margine denti sinuato serrati alquanto distanti gli uni dagli altri e peli glandulosi: le inflorescenze (fig. 2) che si sviluppano ora (agosto), sono racemi subspicati con poche foglioline ridotte quasi brattee a fiori addensati, sessili glabri, aventi stami in numero di 2 o 3 sporgenti, tre stili flessuosi; i semi raccolti da piante dell'anno precedente sono subrostrati, piccoli neri, fortemente odorosi.

Al microscopio si sono riconosciuti gli abbondanti depositi di ossalato di calcio in forma di rosette (rare) e di sabbia, ed i peli pluricellulari a mazza, portanti taluni, a somiglianza dei peli della Tussilago Farfara L., lunghe e sottili cellule terminali ripiegate e contorte come cordone di frusta: nonchè le numerose glandole inserite su breve peduncolo a pareti molto sottili a forma ovoidale.

Questi caratteri corrispondono alla descrizione data dal De Candolle (9) al nome « Chenopodium antielminthicum » del quale E. Steudel (10) aggiunge il sinonimo « Ambrina chi-

lensis (Spach) » e che è anche conosciuto per « Chenopodium lycopifolium (Dill.) », sinonimo dovuto ad una certa rassomiglianza che hanno le sue foglie con quelle del Lycopus europaeus L., la lamiacea indigena. Però nel confronto con gli esemplari posseduti da questo istituto

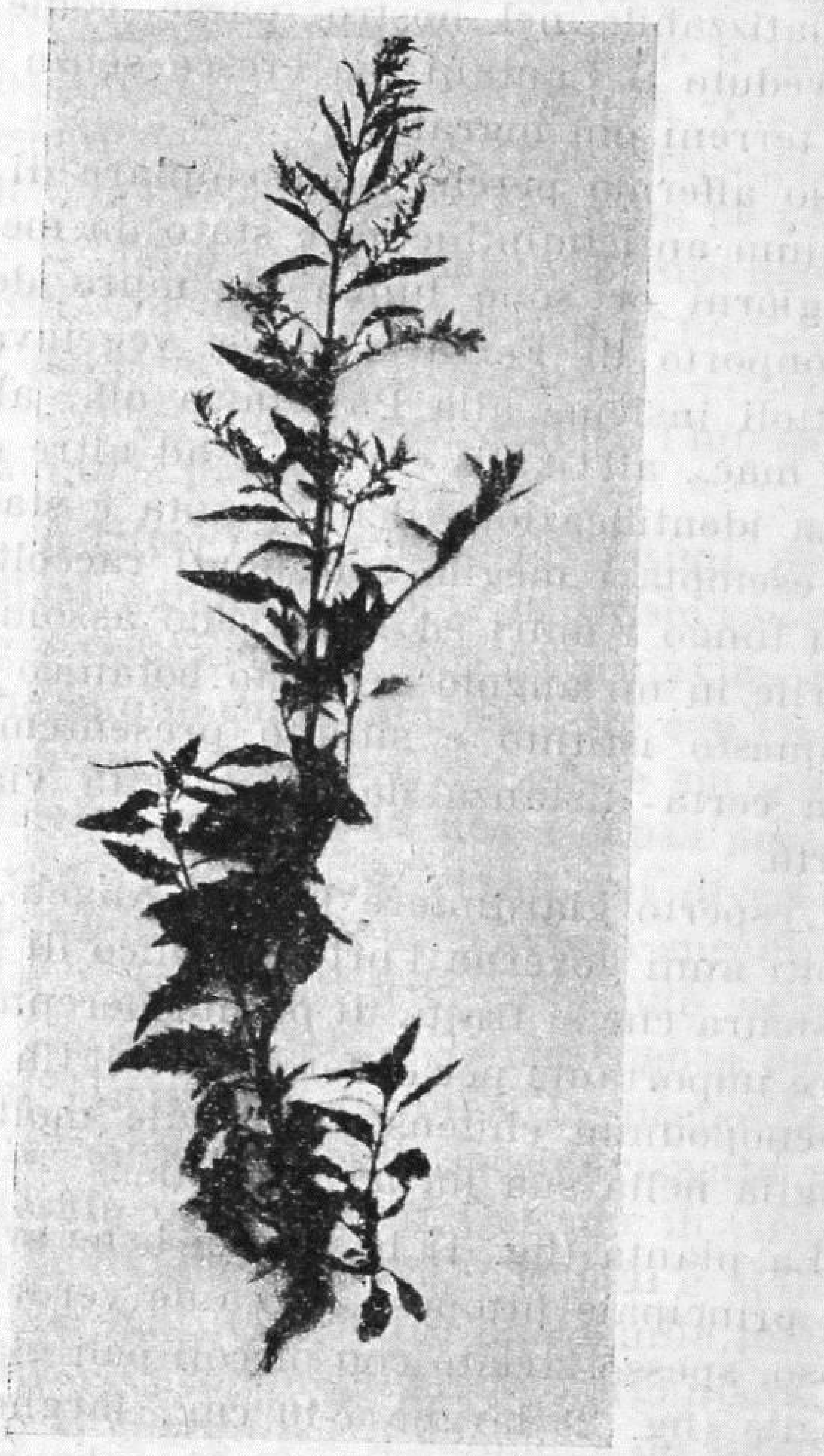


Fig. 1.

si rileva che le foglie del chenopodium anth. hanno forma più lanceolata, con peduncolo più sviluppato, con dentellatura meno profonda, alterne mentre nel Lycopus sono opposte: inoltre in questo ultimo le inflorescenze sono a verticillo.

I caratteri corrispondono anche alla descrizione data da H. Pashkis (11) nel 1880, specialmente nella parte microscopica, e da Chr. Luerssen (12) nel 1882.

La pianta da me descritta si differenzia dal Chenopodium chilensis perchè questo ha foglie subpeziolate, più piccole, a denti incisoserrati, racemi con molte foglie e più come si è già accennato è pianta annua.

Il chiarissimo prof. Caro Massalongo interpellato ha confermato trattarsi effettivamente del Chenopodium antielminthicum L.

In quale modo questa pianta si sia riprodotta a Ferrara, non posso precisare. Nell'erbario Felisi posseduto da questo istituto vi è un esemplare di Chenopodium antielminthicum colla annotazione — in vaso 1854 —. Si presume che sia stato coltivato da seme pervenuto direttamente o indirettamente dall'America: poi perduto di vista si è andato riproducendo nella vecchia sede dell'orto botanico, fiancheggiata da via Buonporto: trasferito questo nella sede attuale, il giardiniere aveva portato con sè un fascio di rami secchi ed aveva fatta involontariamente la disseminazione in altra località. La nostra attenzione fu richiamata dal forte odore emanante dalle parti secche anzidette e dalle nuove piante germoglianti.

Le poche cose sovraesposte non hanno altro scopo che quello di dimostrare la possibilità della diffusione del Chenopodium antielminthicum nel nostro paese e di farne aggiungere il nome nell'elenco delle piante medicinali su-

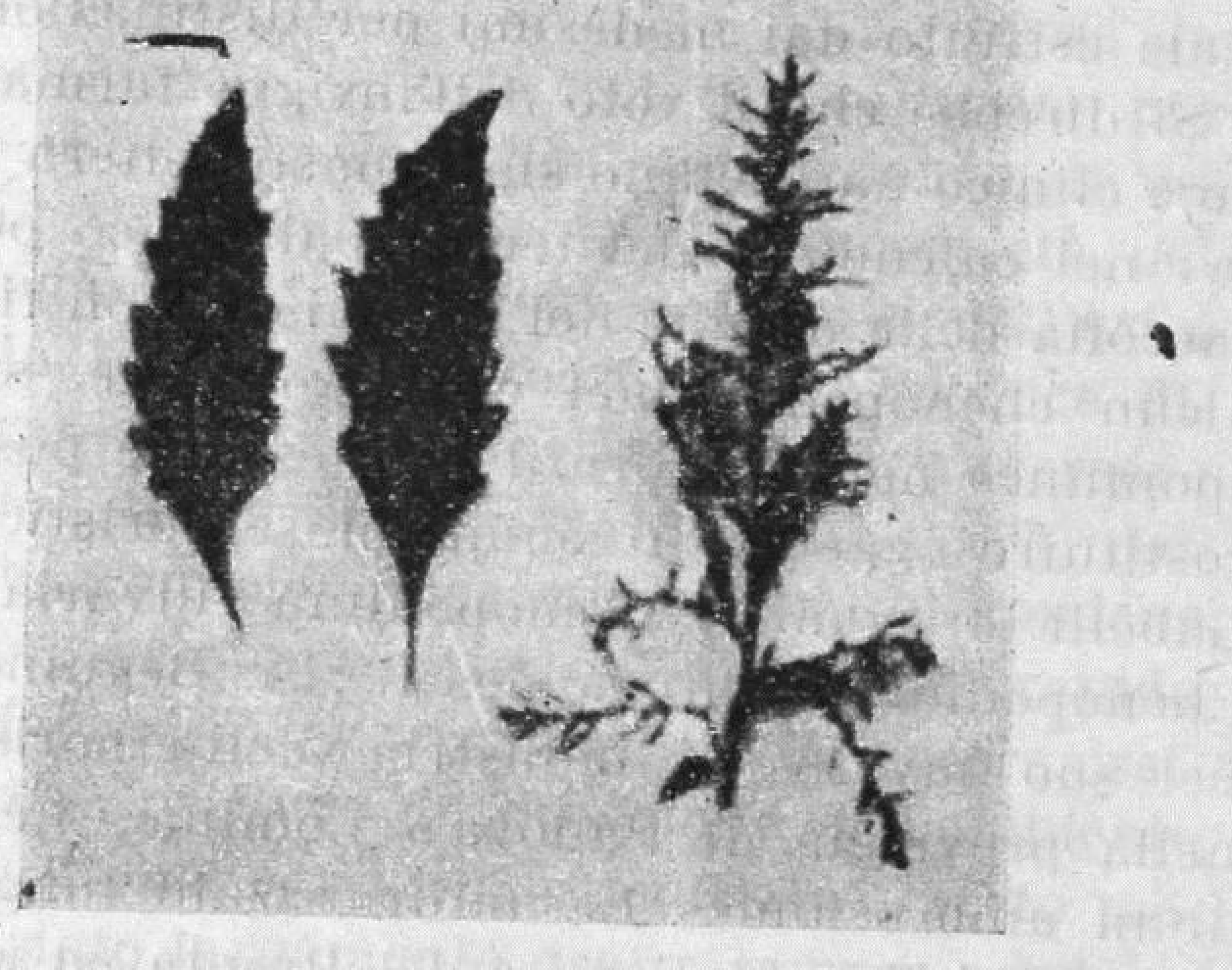


Fig. 2.

scettive di sfruttamento da parte dei comitati e degli industriali che si occupano della relativa raccolta e coltivazione.

Termino elencando le altre specie di chenopodio reperibili nel territorio ferrarese: Chen. album L. assai comune: Chen. ambrosioides L. raro, trovato dal Felisi lungo il Po: Chen. Botrys L. sulle sabbie del Reno: Chen. hybridum L. raro: Chen. murale L. poco frequente: Chen. ollidum Curt. raro nei coltivati: Chen. opulifolium id.: Chen. polyspermum L. comune: Chen. rubrum L. sulle golene del Po: Chen. urbicum nei terreni di Casaglia: Chen. viridis assai comune.

BIBLIOGRAFIA.

1. A. CANTANI. *Manuale di farmacologia clinica.* Vol. IV, pag. 320-22.
2. S. DEZANI. *Raccolta, preparazione e conservazione delle droghe.* Arch. di farmacognosia e scienze affini, VI, pag. 84.
3. L. GABELLI. *Per un maggior incremento dell'erboristeria nel territorio bolognese.* Ivi, pag. 91.

4. A. BÉGUINOT. *L'industria dell'erboristeria nella provincia di Padova.* Ivi, VI, pag. 297.
5. TAPPENHEIMER-PICCININI. *Materia medica e farmacoterapia.* Un. tip. ed. torinese, 1915, pag. 224.
6. A. FILIPPINI. *L'olio di chenopodio nella lotta contro l'anchilostomiasi.* Il Policlinico, XXVIII, pag. 1268.
7. E. K. NELSON. *The composition of oil of chenopodium from various sources.* Journ. of the Amer. chem. Soc., XLII, numero 6.
8. W. SALANT AND A. E. LIVINGSTON. *The influence of the oil of chenopodium on the circulation and respiration.* Amer. Journ. of Physiol., XXXVIII.
   W. SALANT AND C. V. MITCHELL. *The influence of oil of chenopodium on intestinal contractily.* Ivi, XXXIX.
   W. SALANT AND E. A. LIVINGSTON. *The absorption and elimination of chenopodium.* Proc. Soc. exp. Biol., XII.
   W. SALANT AND E. K. NELSON. *The toxicity of oil of chenopodium.* Amer. Journ. of Physiol., XXXVI.
   W. SALANT AND R. BEUGIS. *Further observ. on the toxicity of the oil of chenopodium.* Proc. Soc. exp. Biol., XII. Confronta anche *Policlinico*, Sez. pratica, 1919, pag. 407 e pag. 1023 e la già citata rivista del Filippini.
9. DE CANDOLLE. *Prodr. Syst. Nat. regni veg.* Pars XIII, pag. 73-74.
10. E. TH. STENDEL. *Nomenel bot.*. pag. 348.
11. H. PASCHKIS. *Pharmakognostische Beiträge.* Zeitsch. d. allg. oest. Apoteker, Ver., 1880, n. 27-28.
12. CHR. LUERSSEN. *Handbuch der syst. Botanik.* Leipzig 1882, pag. 554.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

L'innervazione del peritoneo parietale e dei tessuti properitoneali.

(V. Z. COPE. *The Lancet*, 4 marzo 1922).

I tessuti properitoneali sono riccamente innervati, il peritoneo lo è più scarsamente, e le fibre nervose che ad esso si distribuiscono più difficilmente rintracciabili. La ricerca dei nervi è più facile sul peritoneo diaframmatico. Queste fibre nervose provengono dal frenico, il quale oltre che il peritoneo che ricopre il diaframma innerva pure quello che ricopre la vena cava e la parte posteriore del forame di Winslow. Il peritoneo parietale anteriore e laterale è innervato dalle ultime sette radici dorsali e dalla prima lombare. Posteriormente fra il colon ascendente e l'inserzione del mesentere è innervato dalla 10ª-11ª radice dorsale di destra e fra il colon discendente e la linea mediana dalla 12ª di destra. Nella pelvi i nervi peritoneali derivano probabilmente dalla 4ª-5ª lombare.

L'A. divide il peritoneo parietale « in aree dimostrative » le quali danno origine a: 1° Dolore locale; 2° Dolore riferito; 3° Iperestesia cutanea; 4° Iperalgesia; 5° Rigidità muscolare; 6° Alterazione dei riflessi muscolari; e « aree non dimostrative o mute ». Queste sono limitate alla pelvi e alla parete posteriore fra le inserzioni dei 3 mesocolon. Probabilmente esse hanno un'innervazione ancora più scarsa o sono innervate dal simpatico.

Perchè il peritoneo parietale reagisca occorre uno stimolo adeguato come non lo è, la pressione o il contatto con liquidi fisiologici.

Dolore locale. — Il dolore locale è specialmente evidente nelle aree dimostrative. L'A. ricorda i sintomi da lui descritti, nei quali il movimento dell'otturatore interno e l'aumento della pulsazione dell'a. iliaca ottenuto mediante compressione sulla femorale risvegliano dolori nel peritoneo infiammato per un processo di appendicite.

L'A. contrariamente alle idee di Mackenzie crede che i visceri specialmente se infiammati siano dotati di sensibilità dolorifica; il peritoneo parietale servirebbe a localizzare queste sensazioni dolorose. Esisterebbe però accanto a questa specie di dolore anche un dolore riferito come vuole Mackenzie.

E ancora egli ritiene che il dolore riferito alla spalla non sia dovuto come crede Macken-

zie alla stimolazione delle terminazioni del frenico sui dotti biliari ma alle terminazioni del frenico sul peritoneo diaframmatico.

Infatti questo riferimento del dolore si può osservare in ogni affezione che possa interessare il peritoneo diaframmatico o il peritoneo che riveste la parte posteriore del forame di Winslow: cioè ulceri duodenali e gastriche perforate, perinefrite, pancreatite acuta emorragica, appendicite, ascesso subfrenico, ascesso del fegato, infarto splenico, dilatazione gastrica.

Si è visto che esiste un perfetto parallelismo fra l'area del diaframma interessata e il punto nel quale viene riferito il dolore. Così p. es. a seconda che è interessata la parte anteriore o posteriore del peritoneo diaframmatico a destra o a sinistra il dolore verrà riferito in un punto più vicino alla clavicola o più vicino alla spina della scapola a destra o a sinistra.

Riguardo al dolore della spalla nella colelitiasi l'A. crede che eccetto che nel caso di incuneamento di un calcolo nell'ampolla di Vater il dolore è sempre dovuto a concomitante irritazione del peritoneo diaframmatico; poichè come ammetteva anche Kehr il passaggio di calcoli di per sè non provoca dolore.

Iperestesia cutanea. — L'A. crede che questo sintoma, specialmente evidente nell'appendicite, sia dovuto al sommarsi degli stimoli che vengono dall'appendice (per la 10ª 11ª dorsale) e dal peritoneo parietale (per la 10ª-11ª-12ª dorsale e 1ª lombare). La zona iperestesica ha una forma triangolare e nell'angolo inferiore del triangolo l'iperestesia permane anche dopo l'asportazione dell'appendice.

Questo farebbe pensare che in detta zona l'iperestesia fosse dovuta soltanto al peritoneo parietale. Come altro argomento a sostegno dei suoi concetti l'A. ricorda il presentarsi dell'iperestesia quasi esclusivamente nella metà inferiore dell'addome, forse perchè nelle comuni malattie degli organi contenuti nella metà superiore dell'addome più raramente è interessato il peritoneo parietale. Quando l'iperestesia diviene una vera iperalgesia allora bisogna pensare che subito al di sotto esista una flogosi grave e magari un ascesso.

Anche la difesa muscolare persistente sarebbe dovuta a stimoli che partono dal peritoneo parietale; le malattie dei visceri cavi danno origine riflessa solo a transitori spasmi. Questo l'A. ha osservato in numerosi casi di occlusione intestinale, di colica renale e epatica. Cosicchè si può concludere che quando nell'appendicite acuta non si osserva la difesa muscolare ciò è dovuto al non interessamento del peritoneo parietale, data la posizione dell'appendice.

A queste regole generali fa eccezione la pancreatite acuta. Poichè allora per stimolazioni dirette dei gangli semilunari e del plesso celiaco la stimolazione degli splancnici ha per effetto la contrazione muscolare.

Innervazione dei sacchi erniari. — I sacchi erniari sono in origine piccole estroflessioni peritoneali che in seguito per distensione crescono di volume mentre le loro terminazioni nervose non aumentano parallelamente all'aumento della superficie da esse innervata.

Ecco perchè i sacchi grandi sono meno sensibili dei piccoli e perchè il colletto è più sensibile del sacco.

Le ernie inguinali sono più sensibili delle femorali e ombelicali per la più ricca innervazione sia dei tessuti soprastanti che del sacco.

M. A.

MEDICINA.

Sull'angina pectoris.

(S. LEVINE. *Jour. A. M. A.*, 16 settembre 1922).

L'A. riferisce i risultati dell'osservazione di 103 casi, e ne prende occasione per ricapitolare alcune nuove acquisizioni sull'argomento.

Per evitare confusione sarebbe bene abolire i termini di falsa angina, pseudoangina, e angina giovanile, che sono espressione della nostra ignoranza. Si dovrebbe parlare di angina solo quando il paziente soffre attacchi di oppressione o di costrizione o di dolore toracico, generalmente nella regione sternale, che hanno una più o meno caratteristica distribuzione e irradiazione, e sono specialmente in rapporto con lo sforzo, e si associano ad apprensione mentale, paura della morte, dispnea temporanea, immobilità e disturbi vasomotori come il pallore e il sudore. Vi è incluso anche il concetto prognostico della possibile morte improvvisa, talchè l'espressione di angina lieve si riferisce solo alla poca entità delle manifestazioni dolorose e non alla prognosi.

L'angina pectoris può accompagnare una malattia valvolare o una miocardite cronica, e ne risulta allora un quadro complesso.

Gli anginosi s'incontrano più spesso nella pratica privata che all'ospedale, perchè non si considerano gravemente malati, e cercano di continuare il lavoro finchè possono.

I pazienti dell'A. avevano in media oltre 50 anni; i maschi erano quasi il doppio delle femmine. Poichè secondo O' Hare l'ipertensione

è più frequente nelle donne, un altro fattore deve intervenire, e secondo l'A. questo è il maggiore sviluppo fisico dei maschi: è di comune osservazione che non soffrono di angina le persone deboli e con scarso sviluppo muscolare.

Si ritiene generalmente che la sifilide abbia una grande importanza etiologica nell'angina pectoris, ma probabilmente si esagera; la R. W. eseguita su 81 pazienti dell'A. fu positiva in sei soltanto. Però questa infezione va ricercata con cura perchè dà un'utile indicazione terapeutica; a tale intento devono porre grandemente in sospetto i rumori diastolici.

Dei pazienti dell'A. sette avevano il diabete: probabilmente questo è un fattore etiologico meno raro di quanto si crede. La gotta fu osservata in cinque casi; furono osservati due casi di stenosi mitralica, e tre di insufficienza aortica.

Ma il fattore etiologico di gran lunga più importante è l'arteriosclerosi.

Non è noto se l'angina è più frequente nella sclerosi dei grossi vasi o in quella dei vasi più fini.

Secondo O' Hare la semplice ipertensione è associata assai più spesso a sclerosi dei vasi retinici che dei grossi vasi; in quest'ultimo caso si tratta per lo più di ipertensione lieve. E poichè l'angina s'accompagna a ipertensione lieve è probabile che si associ a sclerosi dei grossi vasi.

La media della pressione sanguigna, osservata in 99 casi, fu Mx 160-Mn 95. La massima Mx fu 260, la più bassa Mx fu 80. Nella maggior parte dei casi Mx era compresa tra 140 e 200. Era di cattivo augurio una pressione bassa durante l'accesso. In due casi durante l'accesso la tensione si elevò notevolmente, poi mercè la nitroglicerina tornò al normale e l'accesso si dileguò. In un altro la tensione rimase sensibilmente immutata durante l'accesso, e con la nitroglicerina l'accesso scomparve e la tensione si abbassò.

Secondo l'A. qualunque agente ipotensivo può porre termine all'accesso. Ritiene pure che molto probabilmente lo stabilirsi della condizione morbosa anginogena produce un graduale abbassamento della tensione sanguigna, poichè negli anginosi anziani le tensioni molto elevate sono piuttosto rare, più rare che nei non anginosi della stessa età.

Spesso l'esame fisico del cuore è negativo o mostra solo un lieve aumento di volume. È difficile trovare vizi valvolari in anginosi, salvo precedenti reumatici o luetici. Il ritmo generalmente è normale: su 103 casi fu osservata una sola fibrillazione permanente e una transitoria; eccezionalmente furono osservati estrasistoli. D'altra parte su altre 200 fibrillanti anziani l'A. non trovò un solo caso di angina. Ciò ha non poco valore diagnostico. Nei casi con infarto delle coronarie può nascere un blocco.

Il primo tono alla punta è spesso meno intenso: però se sono indeboliti ambo i toni è facile che ciò dipenda da obesità o da enfisema polmonare. Generalmente mancano edemi, ma non è raro un lieve debordamento del fegato, come pure dei rantoli alle basi, i quali però sono spesso da ascrivere ad una bronchite concomitante.

L'elettrocardiogramma è normale o mostra alterazioni del complesso ventricolare non specifiche. Tuttavia non di rado il complesso A-R-S appare allargato, probabilmente in rapporto con una diminuita conduzione del ventricolo. In altri casi l'altezza delle curve è diminuita in tutte le derivazioni. In altri casi ancora vi è un'inversione del T. Però tali modificazioni si possono riscontrare in altre condizioni, e specialmente nella miocardite cronica; sopratutto il difetto di conduzione. Nei casi dubbi l'elettrocardiogramma può ad ogni modo avere qualche importanza diagnostica.

Su 15 pazienti l'A. studiò la capacità vitale. Questa diminuisce fisiologicamente nei vecchi, onde per essi non è valevole il metodo West, che fu calcolato sui giovani. Tuttavia fu notata una certa diminuzione, e non fu possibile con le cure ottenerne un aumento, salvo in un caso con vizio valvolare.

All'autopsia dei morti di angina si trova spesso un infarto miocardico da occlusione di una coronaria: onde l'importanza prognostica di porre tale diagnosi dai segni clinici. Gli accessi con infarto sono più lunghi dei soliti e durano molte ore e talvolta una settimana. Non cedono ai vasolidatatori, e talvolta neanche alla morfina. Il paziente è in collasso, e presenta segni di asistolia acuta. Vi è di solito febbre e leucocitosi (20,000-30,000). Anche disteso nel letto il paziente è affannato; talvolta presenta un subittero delle congiuntive.

Vi è un gruppo di casi di angina che include parecchi dei casi con infarto cardiaco, nel quale i sintomi sono praticamente tutti addominali. E si è talora intervenuti chirurgicamente per una pancreatite, una colelitiasi, un'ulcera gastrica, ecc. quando in realtà si trattava di una malattia delle coronarie. La difficoltà diagnostica diviene grande quando i sintomi sono un intenso dolore addominale,

vomito, collasso, febbre, leucocitosi. In un paziente già iperteso, una tensione normale o subnormale deve far seriamente sospettare un infarto cardiaco.

La debolezza dei toni cardiaci, specialmente del primo, deve orientare verso una lesione coronaria: e così pure l'eventuale presenza di sfregamenti pericardici. DORIA.

DERMATOLOGIA.

Sul granuloma inguinale.

(H. GOODMAN, *Jour. A. M. A.*, 2 settembre 1922).

Il granuloma inguinale, altrimenti detto granuloma ulceroso, o sclerosante, delle pudende, ulcera serpiginosa dei genitali, granuloma inguinale tropico, granuloma venereo, ulcera inguinale, ecc., è una malattia infettiva della pelle e delle mucose, delle zone temperate e dei tropici. Comincia come un piccolo nodulo all'inguine, intorno o sopra i genitali, che cresce lentamente, e da ultimo diviene un'ulcerazione superficiale. Si estende verso la periferia, e dà origine a nuove lesioni per autoinfezione o apposizione. Mentre il processo si estende, si forma e progredisce una cicatrice particolare, densa, dura, simile a cheloide. Alla periferia sorgono masse di noduli. Vi è una falsa apparenza di lesione profonda nelle pliche inguinoscrotali. Vi sono più predisposte le razze colorate: la maggior parte dei casi si presenta in adulti, specialmente donne.

L'A. riporta alcuni casi osservati in Porto Rico. Le lesioni erano generalmente di cattivo odore; talora molto estese, sui genitali e intorno. Risalivano sempre ad alcuni anni, fino a nove. Talora si estendevano anche nel retto. Portavano deformazioni anche per la stasi linfatica. In un caso le ulcerazioni erano lupoidi, in un altro vi fu errore diagnostico con un carcinoma.

L'A. osservò anche dei casi in New-York. Non vide forme coniugali, nonostante una lunga convivenza dei coniugi. In un caso vi erano granulomi labiali: di tale localizzazione se ne conosce solo un altro caso (Sequeira). Esso presentava anche una glossite sifilitica, con la caratteristica atrofia liscia.

All'esame istologico del granuloma si osservano le papille allungate, e negli spazi interpapillari fibroblasti, polinucleati, cellule rotonde. Dal solo esame istologico non si fa diagnosi, ma si può al più sospettare. Però nulla parla per una lesione tubercolare, sifilitica o neoplastica. Negli strisci del succo ottenuto con l'espressione di frammenti marginali dell'ulcerazione, tolti con la biopsia, fu trovato quasi sempre il *Calimatobacterium granulomatis;* in un caso la *spirocheta aboriginalis* (Wise).

Il *Calimatobacterium granulomatis* è un germe capsulato che si trova entro grandi cellule mononucleari, aggruppato da un lato del nucleo. Le forme extracellulari sarebbero immature. È difficile ottenere culture abbastanza pure: si tratterebbe di un germe del gruppo del *bacillus mucosus capsulatus*, ma non ha comuni con esso agglutinine nè precipitine di gruppo. Le inoculazioni negli animali, anche intraperitoneali, riescono negative secondo l'A., e così pure i tentativi di autoinoculazione sperimentale. Non pare probabile, ma non va escluso, che si tratti di una fase di una Leishmania.

Dall'epidemiologia sembra probabile che l'infezione sia trasmessa da un insetto, che secondo l'A. potrebb'essere il *pediculus pubis.*

Le somiglianze del granuloma inguinale col rinoscleroma si riducono al fatto che anche al rinoscleroma si attribuisce per agente etiologico bacillo del gruppo del *b. mucosus capsulatus*: ma l'istologia è differente, poichè sono presenti nel rinoscleroma, e mancano nel granuloma sia le cellule di Mikulicz (cellule nucleate idropiche), sia i bacilli di von Prisch, sia le cellule ialinizzate di Unna.

Vi è qualche somiglianza morfologica tra la Leishmania e il germe del granuloma inguinale, ma non altro, secondo l'A.

Il tipo condilomatoso del granuloma può mentire i condilomi luetici, e così pure l'elefantiasi della vulva può essere dovuta sia all'una che all'altra malattia. La gomma luetica è difficile confonderla con le ulcerazioni del granuloma. Il granuloma può coesistere con la sifilide secondaria, non è dunque un sifiloma terziario, inoltre non si giova delle cure antiluetiche. Per l'etiologia, l'istologia, l'epidemiologia, la sifilide va distinta dal granuloma inguinale.

Simili considerazioni fanno escludere che il granuloma sia una manifestazione terziaria della framboesia.

Clinicamente il granuloma può confondersi con l'epitelioma, ma l'esame istologico toglie il dubbio. Talora sopra dei carcinomi furono rinvenuti bacilli simili a quelli di Vincent.

Alcuni casi di dermatite vegetante possono confondersi col granuloma inguinale.

Il trattamento del granuloma inguinale è efficace e rapido mercè il tartaro stibiato. Si prepara una soluzione 1:100 in acqua distillata a freddo: è meglio non sterilizzare in au-

toclave, quantunque non ne seguano effetti dannosi. Se ne iniettano in media 5 cmc. nelle vene a giorni alterni.

L'A. comincia con 1-2 cmc. e giunge fino a 12. Per evitare le recidive occorre continuare la cura dopo la scomparsa del granuloma: però le forti dosi sono molto dolorose (?) e spesso inducono il paziente a sospendere la cura.

L'efficacia rapida del trattamento specifico ha indotto alcuni a ritenere che il granuloma inguinale è una leishmaniosi. E. Crutchfield in qualche caso ha trovato dei corpi di Donovan.

Occorre assicurarsi che non vi sono lesioni renali prima di intraprendere la cura col tartaro stibiato. DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

AMOROSI. *Chirurgia del cavo peritoneale.* Prefazione del prof. Parlavecchio, Scuola Tip. « Boccone del Povero ». Palermo, 1922.

Come ricorda il Parlavecchio nella prefazione di questo lavoro, la trattazione autonoma della chirurgia del peritoneo rappresenta una idea felice ed abbastanza originale. L'A. tratta molto succintamente ma in modo completo l'embriologia, l'anatomia e la fisiologia del peritoneo; e dopo una breve esposizione generale della patologia del peritoneo espone in vari capitoli: 1° Le malformazioni congenite e i vizi di posizione. 2° I disturbi circolatori. 3° Le flogosi che tratta dapprima sotto il punto di vista generale, e poi sotto quello delle singole forme anatomo-patologiche e cliniche. 4° I tumori e le cisti.

Notevole è il capitolo sulla tubercolosi peritoneale, nel quale riporta il contributo dell'Istituto cui l'A. appartiene alla cura chirurgica della peritonite tubercolare ascitica con drenaggio permanente peritoneo-ipodermico, del quale metodo l'A. rivendicò la priorità al Parlavecchio.

Infine l'A. riporta in appendice un contributo personale sperimentale col quale si propose di studiare quale importanza possa avere sull'esito della cura delle peritoniti acute la diffusione del processo flogistico alle retrocavità degli epiploon.

Secondo l'A. essa viene sempre invasa in 2° tempo dal processo infettivo, ma la cura diretta di queste localizzazioni non favorisce per nulla il processo di guarigione. Questo argomento è importante e merita di essere studiato ulteriormente.

Infine l'A. ha studiato l'azione di alcune sostanze come coadiuvanti l'effetto della cura chirurgica ed ha confermato quello che oggi è quasi universalmente ammesso e cioè che le sostanze leucocitogene non spiegano alcun'azione o solo un'azione limitata sui poteri difensivi del peritoneo e dell'organismo.

Egli ritiene invece che i fenolipoidi preparati dal Piazza usati per lavare il cavo peritoneale darebbero buoni risultati. Credo che quest'affermazione richieda ulteriori conferme.

Il lavoro è importante sia per la parte sperimentale, sia specialmente per quella clinica che può essere consultata assai utilmente.

L. D.

AIEVOLI. *Diagnostica differenziale e semejologia chirurgica.* Vittorio Idelson, Napoli.

È un compendio di diagnostica con brevi accenni di semeiotica nei singoli capitoli. L'autore tratta dapprima alcuni quesiti generali di diagnostica chirurgica, e poi passa ad esporre in successivi capitoli la diagnostica dei traumi e delle varie lesioni dei sistemi e delle regioni del corpo. L'esposizione è fatta in modo elementare, semplice e piana; seguendo forse più un indirizzo patologico che non un indirizzo diagnostico. È un compendio che può essere di utile guida agli studenti.

L. D.

PAOLO DE VECCHI. *Modern Italian Surgery and Old Universities of Italy.*

Il venerando medico Italiano da decine d'anni stabilito in America del Nord, ha pubblicato un volume che onora insieme l'Italia, la Chirurgia italiana e l'autore.

Il volume scritto per far conoscere meglio agli americani l'Italia ed i progressi della chirurgia italiana, vorrebbe invogliarli a visitare questo nostro incantevole paese non solo per ammirarne le bellezze naturali, i resti della sua antica grandezza, ma anche per apprendervi qualche cosa nel campo delle scienze medico-chirurgiche ad imitazione di quanto avviene da anni per altre Nazioni Europee.

Il lavoro è diviso in 26 capitoli di cui il primo è dedicato ad un rapido studio storico della vita italiana dalla caduta dell'Impero Romano alla battaglia di Vittorio Veneto. Questo che sembrerebbe esorbitare dall'indole della pubblicazione è invece utilissimo ad una esatta comprensione delle immense difficoltà in mezzo a cui si svolse e prosperò la vita scientifica italiana durante tutto il periodo del servaggio e del risorgimento.

Nel secondo capitolo tratta dell'opera della Croce Rossa Americana in Italia. Nel terzo dei servizi sanitari, igienici e profilattici durante la grande guerra. Nel quarto della scuola medico-chirurgica sorta per la guerra e durante

la guerra a San Giorgio di Nogaro. Nel quinto della organizzazione medica e sua efficienza durante la guerra, degli ospedali chirurgici mobili e del contributo della stampa medica Italiana alla chirurgia di guerra. Nel sesto tratta dell'assistenza agli invalidi e dell'opera di ricostruzione accennando al Vanghetti, ed al suo metodo di valorizzazione dei monconi di amputazione con la plastica cinematica. Passa in rivista gli Istituti ortopedici più noti, espone la legislazione per le pensioni di guerra, tratta degli Istituti di rieducazione dei mutilati e della loro utilizzazione nei pubblici e privati uffici. Nel settimo capitolo tratta della cura degli storpi e della chirurgia ortopedica in Italia, dall'origine (1839) ai giorni nostri e delle scuole di educazione professionale degli storpiati. Nell'ottavo capitolo tratta della moderna chirurgia in Italia ed è un inno di ammirazione per i nostri maggiori. Nel nono capitolo tratta della chirurgia pratica e ricorda come ogni centro importante sia dotato di ospedali ben organizzati e dotati di ogni mezzo di indagine.

Col capitolo decimo comincia la rassegna delle Università Italiane partendo dalla Scuola di Salerno, tratta dell'ordinamento universitario e notando che sono 17 le Università, fa voti perchè diminuisca il numero e aumentino le dotazioni di quelle che rimarranno. Nei capitoli seguenti parla delle Università di Roma, di Bologna, di Modena, di Parma, di Padova, di Pavia, degli Istituti Scientifici di Milano, delle Università di Torino, di Genova, di Pisa, di Siena, di Firenze, di Napoli, della Sicilia, della Sardegna, delle Università Libere. Ogni capitolo dà modo di illustrare i migliori nomi dei nostri chirurghi. Nel ventiseisimo capitolo tratta della letteratura chirurgica, con 16 giornali e delle pubblicazioni di chirurgi italiani.

Possa questo libro scritto da un italiano per gli americani trovare larga diffusione presso quanti nel mondo coltivano gli studi medico-chirurgici cosicchè siano più giustamente valorizzati la chirurgia Italiana ed i suoi cultori.

Dott. prof. S. CATELLANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 1° giugno 1922.

Presidenza del prof. E. TRICOMI.

Prof. G. PARLAVECCHIO. — *Metodo proprio per la pessia contemporanea del rene destro, del fegato e dell'angolo epatico del colon.* — Rileva come la ptosi di questo gruppo destro di organi sia la più frequente, sebbene non sempre si incontrino rene, fegato e flessura colepatica contemporaneamente spostati. Non a torto da molti si crede che la normale ortotesi dei detti tre organi sia la chiave di quella del resto dei visceri addominali, e che le pantoptosi bene spesso seguano allo spostamento dei detti visceri, spostamento che adagio adagio altera tutta la statica addominale.

Quando le tre ptosi coesistono, l'O. le corregge tutte in una sola seduta col seguente suo metodo di nefro-epato-goniocolonpessi.

1° tempo: nefropessi col suo noto metodo:

2° tempo: prolungando l'incisione sull'addome, apre il peritoneo, sutura la parte posteriore apicale della flessura epatica alla capsula anteriore del rene; scolpisce sul margine anteriore della ferita laparotomica un lembo aponevrotico-muscolare di cent. 3 × 8 con base al margine costale ed apice libero in basso; ridotto il fegato, ribatte il lembo in modo che ne abbracci ed uncini il bordo tagliente e lo fissa in tale posizione con un largo punto ad U di seta robusta, che attraversa da dentro in fuori lembo, margine epatico ed ultimo spazio intercostale.

3° tempo: completata così la epatopessi, utilizza la porzione inferiore del legamento aponevrotico (che resta pendente dalla faccia concava del fegato) per sospendere *a squadra* la prima porzione del trasverso in maniera analoga a quella che fa il legamento epato-colico. A tal uopo sutura il margine inferiore del legamento alla faccia supero-anteriore del colon in direzione obliqua in basso e medialmente, in modo che l'angolo infero-anteriore del lembo tocchi coll'inizio del grembiule omentale. La flessura epatica così resta fissata in maniera solida e simile alla naturale, provvedendosi contemporaneamente alla fissazione dell'angolo e alla conformazione a squadra di esso.

Tiene gli ammalati a letto 15-20 giorni. Mortalità nulla, risultati ottimi, costanti nei numerosi casi in cui l'ha applicato.

Insiste sulla grande importanza che ha la ricerca delle ptosi viscerali nella diagnosi e cura delle malattie addominali e nevrotiche, rilevandosi i grandissimi vantaggi che ricavano gli operati dalle buone pessie.

Dott. F. CINQUEMANI. — *I metodi asettici nelle operazioni che scontinuano il tubo gastro-enterico.* — Passa in rassegna tutti i *mezzi* ed i *metodi* asettici, pre- e post-operatorii usati nei vari gruppi d'interventi sul tubo g.-e., fermandosi specialmente su quelli del Parlavecchio, i quali sono i più sicuri ed importanti di cui oggi dispone que-

sto campo della chirurgia e cioè: la *Coprostasi meccanica terminale* da lui introdotta nel 1896, la sola capace di permettere di eseguire con asepsi ideale sezioni, resezioni, suture a fondo cieco, anastomosi assiali; il noto metodo dell'*Enterostomo;* il metodo del *Coproemostatico;* il diffuso metodo della *Resezione ileo-cecale extraperitoneale,* ecc.

Illustra i detti metodi con molte proiezioni e colla presentazione degli strumenti speciali.

Dott. F. Cinquemani. — *Emostasi preventiva rizomelica.*

Dott. M. Arlotta. — *Un caso rarissimo di frattura del capitello del radio con paralisi da compressione del nervo radiale.* — L'O. conclude che nelle fratture del capitello e specialmente in quelle accompagnate da spostamento di frammenti e da paralisi del radiale, il solo intervento logico è la rimozione del pezzetto d'osso fratturato e dislocato.

Dott. L. De Luca. — *Sopra un caso di estesa plastica dell'uretra maschile, distrutta da cangrena urinosa per oltre* 14 *cm.* — Illustra un caso clinico, occorso al suo maestro prof. Parlavecchio, interessante sia per il comportamento del processo patologico che portò alla distruzione di oltre 14 centimetri dell'uretra e del suo corpo cavernoso, dal bulbo compreso in avanti, sia per il *metodo nuovo* con cui tale estesa perdita di sostanza venne plasticamente ricostituita.

Dott. G. Piccolo. — *Cura dell'ulcera gastrica colla distruzione per schiacciamento, seguito da introflessione della parte schiacciata.*

Seduta dell'8 luglio 1922.
Presidenza del prof. E. Tricomi.

Prof. M. Ciulla. — *Su due casi rarissimi di ectopia testicolare, rappresentati dal passaggio di entrambi i deferenti per un solo canale inguinale e della coesistenza dei testicoli in una sola borsa.*

Prof. L. Philippson. — *Due casi di reinfezione sifilitica dopo la cura abortiva, fatta con neosalvarsan.* — Qualora l'infezione sifilitica venga curata fino dal principio coi sali di Ehrlich, cioè a dire quando non esiste che la lesione della porta d'entrata e l'ingorgo glandolare alla regione vicina, la malattia non si sviluppa. Nell'infettato non si osserva alcun sintoma, nè obbiettivo nè subbiettivo, ancora la R. W. rimane negativa. Questo stato normale si mantiene tale per degli anni, come risulta da osservazioni che hanno durato 4 anni e più.

E fu anche osservato che simili persone hanno potuto contrarre matrimonio, senza recar danno nè alla moglie nè ai figli.

Ora in tali persone è stato dato agio di osservare anche delle reinfezioni che poi hanno preso il decorso tipico della sifilide. Fra gli ammalati, trattati dall'O. colla cura abortiva, ho avuto occasione di osservare i due seguenti casi di reinfezioni.

Prof. L. Giuffrè. — *Singhiozzo ed encefalite epidemica.* — L'O. si occupa dei rapporti tra *singhiozzo epidemico* ed *encefalite epidemica* e comincia dall'accennare che da molti si ritiene che quella sia una forma sintomatica di questa, e da altri che si tratti di forme affatto distinte.

L'O. ha osservato tre casi, per i quali è indotto ad ammettere quella identità. Si limita a riferirne uno, particolarmente dimostrativo.

Si tratta d'un soggetto, dell'età di anni 46, il quale nell'aprile c. a. ebbe a soffrire, come molti altri suoi compaesani, di *singhiozzo* (*singhiozzo epidemico*). Ne guarì, come il maggior numero degli altri, dopo pochi giorni, completamente, senza risentire alcun ulteriore disturbo. Però dopo qualche mese, trovandosi in uno stato di pieno benessere, fu colto da febbre (che durò per una settimana circa), da cefalea, e, ad intervalli, da sonnolenza, ed anche da diplopia transitoria, un certo torpore, e facile stanchezza intellettuale.

Fu osservato dall'O. ai 14 di giugno, e presentava da parte della motilità degli arti un leggero grado di amiostenia più che di paresi, e un leggerissimo grado di adiodocinesia, pupille un po' torpide alla luce e più all'accomodazione, e riflessi rotulei deboli.

In questo caso quindi si ebbe prima la manifestazione del *singhiozzo* e poi, dopo la sua completa cessazione, alla distanza di un mese circa, quella di altri sintomi più caratteristici della *encefalite* (sonnolenza, diplopia, iridoparesi, ecc.). In un altro caso (osservato in Palermo), il singhiozzo è durato per un paio di anni, pure manifestandosi a varii intervalli di tempo, e dopo qualche anno fu accompagnato da altri sintomi propri dell'encefalite.

In altri casi il singhiozzo fa parte della fase iniziale della sindrome encefalitica.

In tali casi e in quello surriferito certamente deve ammettersi che il singhiozzo, questa speciale *mioclonia* del diaframma (che si verifica senza concomitante dilatazione della glottide), rappresenta, al pari di altra mioclonia (e specie di quelle nel campo dei muscoli addominali), uno dei tanti sintomi di speciale localizzazione del *virus* encefalitico e non può ammettersi, per ragioni evidenti, che rappresenti una manifestazione morbosa affatto distinta da quelle dell'encefalite, e dovuta ad altro agente, e che l'encefalite ne sia un'eventuale complicazione.

In conclusione, si deve ammettere che le *epidemie di singhiozzo* che si sono osservate in questi ulteriori anni, ben diverse da quelle descritte da alcuni antichi autori, dovute a *contagio psichico,* sono da attribuirsi allo stesso agente dell'*encefalite epidemica,* ed il *singhiozzo* se in molti casi ne rappresenta una forma *monosintomatica,* in altri (meno rari di quello che generalmente si crede) si accompagna con altre manifestazioni per quanto attenuate proprie dell'encefalite.

M. Ciulla.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fragilitas ossium.

Eddowes osservò per primo una particolare sindrome costituita da una fragilità delle ossa e da un costante colorito azzurro della sclera: ad essa si dà anche il nome di osteopsatirosi idiopatica, di morbo di Lobstein.

Nulla di sicuro è stato dimostrato per la etiologia: da alcuni è incriminata la sifilide, da altri la tubercolosi, l'osteomalacia, lo scorbuto.

E. Vauder Veer ne descrive un caso negli *Ann. of Surgery*, 1922, n. 347.

Quello che è sicuramente dimostrabile è nei dieci per cento dei casi l'ereditarietà della lesione sia dello scheletro che delle sclere.

Anatomopatologicamente si dimostra una deficiente attività osteoblastica con insufficiente deposito di sali calcarei nel sistema osseo del p.

In specie nella vita intrauterina si possono produrre delle fratture a carico per lo più del capo: dopo la nascita esse avvengono ben di rado in corrispondenza del cranio, ma quasi sempre a carico delle ossa lunghe. Deve ritenersi in linea generale che la fragilità vada scomparendo con gli anni. A causa della imperfetta osteogenesi possono le ossa presentare oltre che fratture, incurvamenti e torsioni che sono anche causa di scarso sviluppo della statura del p. Era da rimarcarsi nel caso dell'A. una caratteristica translucidità dei denti, dimostrante una evidente scarsezza di sali minerali.

Radiograficamente si ritrova una sottigliezza delle diafisi in confronto alle dimensioni delle epifisi.

Terapeuticamente sono stati provati, sebbene senza vantaggio, l'opoterapia, i tonici, ecc.

MONTELEONE.

Metastasi ossea di un carcinoma della vescica, simulante un tumore primitivo.

Forgue, Roux e Puech *(Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier*, 2 giugno 1922) riportano il caso di un uomo di 62 anni, che era ricorso all'ospedale per un tumore alla regione lombare manifestatosi sei mesi prima e progressivamente cresciuto fino al volume di due pugni, accompagnantesi a dolori lombari a sinistra, che si irradiavano sul decorso dello sciatico e non si calmavano col riposo. Solamente con ripetute interrogazioni si venne a sapere che l'individuo aveva avuto una ematuria otto anni prima ed un'altra dopo tre anni; le ematurie ricomparvero in quest'anno e si accompagnarono a dolori e bruciore alla fine della minzione.

Il tumore sembra aver origine dalla massa sacro-lombare sinistra, passando sopra la cresta iliaca per svilupparsi nella regione glutea sinistra, arrivando in basso verso il coccige: i margini sono infiltrati. Con le punture, si estrae ripetutamente un liquido sieroso, giallo citrino, chiaro, poi sanguinolento, sterile, con 0,49 di urea e molta albumina; ad ogni puntura la tumefazione si affloscia, come se si trattasse di una cisti. Le urine hanno tracce di albumina, pochi globuli di pus e reazione di Meyer debolmente positiva.

Alla cistoscopia si osserva la zona dell'orificio ureterale destro, una larga superficie infiltrata, edematosa, con larghe ulcerazioni distruttive ed abbondanti depositi fibrinosi. La radiografia mostra una notevole decalcificazione della zona sacro-iliaca sinistra.

Sotto anestesia al cloruro d'etile, dopo evacuazione per puntura di 1/2 litro di sangue nero, si trova un'enorme massa neoplastica di tessuti degenerati simili a cervello pestato; con il cucchiaio tagliente, si penetra fino al sacro ed all'osso iliaco, che sono invasi.

L'esame istologico dimostra trattarsi di epitelioma tubulato baso-cellulare; esso è verosimilmente secondario ad un papilloma vescicale. La latenza ancora attuale del tumore primitivo contrasta con la rapida evoluzione della metastasi ossea, fatto strano, in quanto che il cancro della vescica si manifesta precisamente con disturbi funzionali importanti. *fil.*

La cura delle fratture del collo del femore.

All'antica suddivisione di queste fratture (intra-, extra-articolari e miste) Delbet e Basset sostituiscono quella di: *Fratture cervicali vere*, in cui la linea di frattura passa all'unione della testa col collo (sottocapitali) oppure il collo è diviso nella parte mediana, ed in *cervico-trocanteriche*, in cui la linea è al limite del collo e del gran trocantere, interessando talvolta anche questo. Nelle prime, la rotazione esterna è poco marcata, vi è un tumore all'inguine, ascensione del femore ed accorciamento dell'arto, che prende la lunghezza normale, in seguito a trazione manuale, ma ritorna bruscamente alla condizione di prima, quando cessa la trazione; l'accorciamento primitivo è debole (2 cm.) ma aumenta secondariamente fino a 4-6 cm.; vi è adduzione.

Nelle fratture cervico-trocanteriche, invece di due, si hanno spesso tre frammenti (il terzo distaccato dalla faccia posteriore del gran trocantere). Vi è quasi sempre penetrazione dei frammenti (ciò che manca nelle cervicali vere) specialmente in addietro ed in basso, donde accorciamento della faccia posteriore del collo del femore e rotazione esterna della coscia; inoltre l'angolo di inclinazione del collo sulla diafisi, che normalmente è di 120-130 gradi, si avvicina all'angolo retto.

Le forme cervicali vere si osservano negli adulti, quelle cervico-trocanteriche specialmente nei vecchi.

Nella scelta del trattamento, si deve anzitutto evitare la broncopolmonite per ipostasi e le escare del sacro o della natica, spesso fatali nei vecchi, badando però a correggere le attitudini difettose.

Fratture cervicali vere negli adulti e bambini. 1) Metodo di Royal Whitmann, con grande apparecchio gessato, in abduzione e rotazione interna, analogo alla seconda posizione di riduzione delle lussazioni congenite dell'anca. Sotto anestesia generale od epidurale, un assistente porta la coscia sana in estensione ed abduzione massima per bene immobilizzare il bacino; un altro assistente flette leggermente l'arto fratturato, portando in rotazione interna massima; poi tira fortemente e lo porta in abduzione forzata, pure mantenendo la rotazione interna e l'estensione. Il chirurgo respinge in basso il gran trocantere al disotto della linea di Nélaton-Roser; da qualcuno si consiglia anche di battere con un martello di legno rivestito di feltro per ingranare artificialmente i frammenti. Non rimane che applicare una spica gessata, che comprende l'addome, il bacino e l'arto inferiore fino alle dita: si fa una depressione in corrispondenza delle creste iliache e sopra il gran trocantere per impedire che l'apparecchio risalga. Il malato può, dopo 2-3 giorni, camminare con le gruccie: l'apparecchio si tiene per 8-12 settimane, dopo di che, se il consolidamento non è sufficiente, se ne applica un secondo. Poi, per 4-5 mesi, l'ammalato deve portare un apparecchio ortopedico con punto d'appoggio sull'ischio, il calcagno del lato sano va alzato, occorrono sempre le grucce; il collo non deve sopportare il peso del corpo prima del 6°-7° mese. Nelle fratture endocapsulari, si ha unione ossea e buon funzionamento nell'89 %, nelle extracapsulari nel 95 %.

2) Apparecchio gessato in flessione ed abduzione dell'anca. Sotto anestesia come sopra, si mette la coscia in flessione a 90 gradi sul bacino, poi in abduzione estrema, mentre si esercita una pressione dall'indietro all'avanti sul gran trocantere. Si assicura in tal modo il contatto intimo tra le superfici di frattura. Dopo accurata imbottitura, si applica l'apparecchio gessato, che comprende il bacino, la coscia e può arrestarsi a mezza gamba: il malato può sedersi sul letto con la gamba pendente, può dormire semi-sdraiato e stare in poltrona. Si leva l'apparecchio dopo 50-60 giorni (massaggio, mobilizzazione!) non permettendo l'appoggio che dopo il terzo mese.

3) Metodo di Ruth-Maxwell, che utilizza una doppia trazione (nel senso della lunghezza ed in quello trasversale) continua. Sopraelevare il piede del letto dal lato leso di 30 cm., dal lato sano di 20; la testa del letto dal lato leso si eleva di 10 cm.; applicare sulla faccia interna della coscia una corta doccia di cartone. Tenere la trazione laterale (strisce di cerotto e carrucole) per 4 settimane, quella longitudinale per 8: far portare le grucce fino all'8°-10° mese.

Fratture cervicali vere nei vecchi. Se trattate col metodo di Lucas-Championnière, la pseudoartrosi è fatale: si consiglia quindi l'incavigliamento con una vite d'acciaio argentata, sotto controllo radiografico. Si ottiene in tal modo un collo osseo solido; il metodo però esige grande abilità e pratica, sicchè nell'esercizio corrente si ricorrerà di preferenza ai due primi metodi.

Fratture cervico-trocanteriche. Si seguiranno i due primi metodi sia nell'adulto che nel vecchio.

Pseudoartrosi e consolidamento viziato. Incavigliamento con un frammento, privo di periostio, del perone dello stesso malato, oppure apparecchi di protesi, resezione della testa femorale, ecc.

Altre varietà. Nelle fratture isolate della testa del femore, immobilizzazione con estensione continua, se vi sono dolori, poi massaggio. Nelle fratture del gran trocantere, immobilizzazione in abduzione e rotazione esterna, con estensione continua od apparecchio gessato. Nelle fratture del piccolo trocantere, immobilizzare la coscia in flessione e leggera rotazione interna, con cuscini di sabbia. Nelle fratture trans- od intra-trocanteriche, estensione continua (per 2 mesi) in forte abduzione.

Negli scollamenti epifisari della testa (nei bambini ed adolescenti), riduzione sotto cloroformio, apparecchio gessato in abduzione forzata e rotazione interna (6 settimane): per sei mesi, l'ammalato non deve appoggiarsi sull'arto fratturato.

(M. Soubeyran. *Gaz. des hôpitaux*, 27-29 giugno 1922).

fil.

Il lento cambiamento della posizione articolare nella cura di affezioni articolari croniche infettive.

Si evitano i due principali pericoli delle infiammazioni articolari, l'anchilosi e lo sfibramento della cartilagine, facendo eseguire all'articolazione ammalata dei movimenti giornalieri. Questi movimenti non devono però recare alcun danno; condizione cui risponde specialmente il cambiamento passivo giornaliero della posizione articolare; cambiamento che deve compiersi molto lentamente, che deve tener conto della coordinazione muscolare delle articolazioni (dunque deve comprendere anche le articolazioni vicine) e deve evitare nelle diverse articolazioni dei movimenti di contrasto (p. es. in affezioni del ginocchio si devono mettere il ginocchio e l'anca in flessione e sollevare la punta del piede, oppure mettere il ginocchio e l'anca in estensione ed abbassare la punta del piede).

Si ottengono dei movimenti razionali e coordinati di più articolazioni mediante apparecchi composti di 4 stecche articolate. La circolazione dell'articolazione viene opportunamente attivata con un'estensione intermittente. (H. v. BAEYER, *Münch. Med. Wochenschr.*, numero 31, 1922). POLLITZER.

L'autosieroterapia nel reumatismo articolare.

A. Vasaturo (*Folia medica*, 15 settembre 1922) ha sperimentato questo metodo di cura con la tecnica seguente. Previa sterilizzazione della regione, scelta in prossimità dell'articolazione più infiammata, applicava un comune vescicante, a base di cantaride, di cm. 4×5. Dopo 18-24 ore, sterilizzata la superficie esterna della bolla con cautela per evitarne la rottura, ne aspirava il liquido con una siringa, iniettandolo poi, in quantità di circa 5 cmc. alquanto sopra del punto dove si era formata la bolla. Dopo 3-4 giorni. l'A. ripeteva la manovra, aumentando eventualmente la quantità di liquido, fino ad un massimo di 7-8 cmc.

Il numero massimo delle iniezioni è stato di 4.

L'iniezione è indolora, innocua, non provoca reazione locale; il siero viene rapidamente assorbito. In seguito ad essa la temperatura tende a crescere, per diminuire poi in seguito col rapido miglioramento dei sintomi locali e del dolore.

Il metodo agisce con vantaggio e con tanto maggiore rapidità, efficacia e sicurezza, quanto meno inveterato è il caso; la guarigione si ha costantemente nei casi acuti, mentre non si osserva affatto in quelli cronici, in cui si sono stabilite alterazioni anatomo-patologiche. Il numero delle iniezioni varia da uno a cinque, secondo l'età del processo ed indipendentemente dalla vastità di esso.

Il metodo è innocuo: la flittena, dopo lo svuotamento, va medicata con vaselina borica e garza asettica, assicurata con qualche giro di fascia. *fil.*

Il trattamento della retrazione dell'aponeurosi palmare e plantare.

La retrazione dell'aponeurosi palmare o malattia di Dupuytren, ritenuta un tempo dipendente da traumi specialmente professionali, è ora invece interpretata come disturbo trofico. Si riscontra in certe affezioni del midollo, particolarmente nella siringomielia, è collegata spesso con diatesi patologica, come gotta, diabete, reumatismo; può essere ereditaria o familiare; si accompagna spesso a nevrite ed è ancora discusso se questa provochi la retrazione, o ne sia invece l'effetto.

P. Specklin e R. Stoeber (*La Presse médicale*, 30 agosto 1922), in considerazione dell'assoluta inefficacia dei metodi di cura fin qui adottati, hanno sperimentato le radiazioni e con successo, vedendo scomparire i dolori fin dalla prima seduta ed, in seguito, ridursi e scomparire la retrazione. Hanno applicato sia le piccole dosi ripetute dei raggi X, molli, filtrati a traverso 1-3 mm. di alluminio, sia le dosi concentrate di radio (22-50 mg. di bromuro di radio filtrati a traverso 1 mm. di argento; distanza 1 cm., durata 20 ore. L'applicazione del radio ha provocato la dermite e potrebbe forse attribuirsi a questa il miglioramento.

I casi trattati dagli AA. sono ancora troppo scarsi per consentire conclusioni generali sulla qualità e sul dosamento dell'irradiazione. Trattandosi però di una malattia ribelle ad ogni cura, le osservazioni degli AA. possono già indicare il modo di dare sollievo ai dolori ed all'incomodo che reca tale affezione. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Divisione delle forme anulari dei parassiti malarici.

A. Castelli (*Annali d'Igiene*, aprile 1922) ha osservato, sotto la direzione di D. De Blasi, una forma caratteristica di parassitismo multiplo nella terzana primaverile: alcune emazie ospitavano numerosi anulini, fino a 8-10 e più. Egli attribuisce questo reperto a divisione precoce e tumultuosa degli schizonti.

Anche Neumann, Nocht, Pezolopoulo e Cardamatis, Trincas, ecc., avevano attribuito il parassitismo multiplo, non soltanto ad invasione delle emazie da parte di più parassiti, ma anche a segmentazione anticipata. Il reperto di Castelli acquista un significato speciale e quasi decisivo in tal senso, poichè le emazie parassitate, in misura spesso così impomente, rappresentavano 1/3 incirca del totale, mentre le altre emazie rimanevano indenni: evidentemente se i parassiti fossero penetrati nelle emazie dal plasma, si sarebbero distribuiti in modo più uniforme, invece di raccogliersi, quasi elettivamente, entro un numero ristretto di emazie.

Di più l'A. ha osservato e descritto forme in via di segmentazione, alcune delle quali piriformi.

L'A. adduce, infine, un elemento di analogia: il comportamento di altri emoprotozoari, come il *Piroplasma anulatum*, con molta perizia studiato dal Carpano.

Il lavoro è corredato di una tavola a colori.

c. p.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1362) *Contro gli entozoi intestinali nei bambini.* — Al dott. G. B., Bagni di Casciana:

Il rimedio più usato, e forse anche il migliore, per la cura dell'*ascaris lombricoides*, è sempre la santonina alle seguenti dosi: 2 cgr. fino ad 1 anno; 4 cgr. da 1 a 2 anni; 5 da 2 a 4 anni; 10 da 4 a 6 anni; 20 da 9 12 anni. Si fa seguire un purgante (olio di ricino o calomelano) o si incorpora con questo.

Contro gli ossiuridi per via orale giova la santonina alle stesse dosi, da ripetersi per 2-3 volte ogni 7-8 giorni, o anche l'estratto etereo di felce maschio (gr. 2-3) o le capsule di pellieterina (3-4 capsule) seguite dopo 2 ore da un purgante di olio di ricino. Contemporaneamente si praticheranno clisteri di acqua e aceto (1 cucchiaino di aceto in 1/2 litro di acqua) ripetuti 2-3 volte con intervallo di 5-7 giorni.

Si raccomandi la scrupolosa e frequente pulizia delle mani e della regione anale dei bambini affetti da elmintiasi per evitare che essi possano rinfettarsi ponendo le mani in bocca ed ingoiando così le uova dei vermi.

Non esprimiamo pareri su specialità terapeutiche.

M. FLAMINI.

(1363) *Roentgenologia.* — All'abb. n. 1131(1):

Di libri recenti sulla Roentgenologia adatti per istradarsi allo studio di tale branca scarseggia la letteratura italiana: in francese buono il Jaugeas e ancor meglio il recente trattato di Weil (può rivolgersi all'ed. Bocca). In tedesco i trattati sono numerosi: occorre però distinguere ciò che tratta di tecnica (accennata del resto largamente nel Weil) e ciò che riguarda la diagnostica su cui in genere i trattati si diffondono (p. es. ottimo il recente trattato di Assmann). In italiano i miei « Appunti per il 1° corso di perfezionamento » (Bocca) rappresentano uno dei pochi tentativi italiani di sintesi di tecnica; ottimo è il trattato di tecnica di Voltz (in tedesco) e il libro recente sulla fisica dei R. A. di Ledoux-Lébard.

Pubblicazioni periodiche di Radiologia sono numerose. La *Radiologia Medica* (ed. a Milano, P. Umanitaria, 2), *Le Journal de Radiologie*, i *Fortschritte*, etc. etc., sono le più correnti.

Quanto all'uso dei tubi di Coolidge la questione è puramente di tecnica: nel Coolidge si ha il vantaggio della dissociazione tra quantità e tensione e pertanto rispondono bene gli apparecchi che hanno tali caratteristiche dissociate: la quantità è in dipendenza dell'incandescenza del filamento a spirale (ottenuta per mezzo d'un *trasformatorius accessoris* di corrente alt.), la tensione è in dipendenza del voltaggio della corrente secondaria di trasformazione della corrente alternata stradale a cui l'apparecchio è direttamente collegato. La sua domanda parte da un presupposto di tecnica evidentemente confuso.

Prof. E. MILANI.

(1364) *Diagnosi differenziale clinica di una forma puerperale settica da una forma puerperale putrida per ritenzione di residui ovulari o placentari.* — All'abb. n. 6023:

Febbre: gradualmente progressiva e remittente nella forma settica; bruscamente, rapidamente alta, talora altissima nella forma putrida da ritenzione, meno costantemente remittente, talora continua.

Involuzione dell'utero: incompleta nelle due forme: ma maggiormente nelle forme da ritenzione nelle quali può mancare quasi del

tutto specie nel collo, che in queste sembra conservare quasi l'aspetto gravidico.

Forma dell'utero: Meno tardo e più frequente riacquisto della figura e forma normale (diametro antero-posteriore ridotto e più breve): nelle forme settiche. Figura e forma globosa dell'utero (diametro antero-posteriore non ridotto): nelle forme da ritenzione a causa del contenuto uterino.

Consistenza del corpo dell'utero: duro nella forma settica (se non c'è piometra); duro pastoso o molle pastoso nella forma da ritenzione, con plasticità delle sue pareti.

Forma e consistenza del collo uterino: Ricostituito presto, presto si chiude e riacquista la sua consistenza nelle forme settiche; conserva le condizioni di rammollamento gravidico e rimane più lungamente pervio nel suo canale cervicale nelle forme putride da ritenzione.

Lochiazione: Densa, purisimile o purulenta nelle forme settiche; più lungamente ematica, ricca di detritus, fetida o almeno di odore grave nelle forme putride da ritenzione.

Se la diagnosi differenziale in questione appare dubbia, non si esiti a veder giusto nel caso singolo, mediante revisione digitale della cavità uterina, permessa da una preventiva opportuna dilatazione strumentale del canale cervicale (dilatatori metallici Hegar o Bossi-La Monica).

C. M.

(1365) *Terminologia neurologica.* — All'abb. n. 1269:

Amiostenia: significa diminuzione di forza muscolare; *ipertonia*, aumento del tono muscolare.

Camptocormia: significa, letteralmente, incurvamento del tronco: questo termine fu creato da Souques, che la osservò frequentemente nei soldati, in seguito ai più svariati traumatismi del tronco, e sopratutto del dorso e della regione lombare.

Amiostasia: significa tremore involontario prodotto dai muscoli messi in azione per eseguire un dato movimento (ad es. il tremore coreico).

Malattia di Homen: s'identifica con la malattia di Wilson.

Mimetismo: significa la facoltà che hanno alcuni animali di prendere un'apparenza conforme agli oggetti che li circondano.

Mitridatismo: significa lo stato d'immunizzazione rispetto ai veleni vegetali, minerali, animali; può essere acquisito, per ingestione di dosi progressivamente crescenti, oppure ereditario.

FUMAROLA.

(1366) *Ronzii auricolari.* — All'abb. n. 0131:

Può consultare i seguenti lavori sull'argomento:

ARSLAN. *Contributo alla terapia dei rumori e delle vertigini auricolari.* (Boll. delle mal. dell'or., 1900).

ALTHAUS. *Beiträge zur Pathologie und Therapie des Tinnitus aurium.* (Deut. Arch. f. Klin. Méd., 1888).

GENTA. *Sui rumori auricolari da ipertensione arteriosa.* (Arch. di larin., ecc., 1901).

GRADENIGO. *Sui rumori subbiettivi d'orecchio*, Vallardi, 1892.

MASINI. *I ronzii d'orecchio e loro patogenesi.* (Gazz. di ospedali, 1899).

KAYSER. *Ueber subjective Gehiörempfindungen*, Halle, 1897.

PANSE. *Ohrensausen.* (Zeit. f. Ohrenh., 1898).

SASSIER. *Des bruits subjectifs de l'ouïe*, Thèse de Paris, 1896.

g. b.

VARIA

Cinematografia delle operazioni chirurgiche.

È stato costruito in Germania un apparecchio cinematografico che permette di ritrarre le operazioni chirurgiche dall'alto, così da non disturbare gli operatori; può essere messo in moto e fermato per mezzo di un pedale.

Densità dei medici nelle città francesi.

Il maggior numero in proporzione agli abitanti è a Montpellier con 1 su 430; il numero minore a Tolosa con 1 su 1600; Parigi ne conta 1 su 700; Marsiglia 1 su 850 e così Lione. (*Giorn. Cl. Med.*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Il XVI Congresso dei medici condotti.

Si è tenuto a Bari dal 14 al 17 ottobre, coll'intervento di circa 300 congressisti, rappresentanti 112 Sezioni per un totale complessivo di quasi 5000 soci.

Nella sala consiliare sono state tenute tutte le sedute, anche quella inaugurale, nella quale il prof. LORENZO BONOMO tenne una conferenza sui rapporti della profilassi sociale e chirurgica di urgenza e tubercolosi, vivamente applaudito dai congressisti, da tutte le autorità civili e militari intervenute.

I temi svolti sono stati i seguenti: Relazione morale della presidenza generale — Assicurazione obbligatoria malattie (dott. FATICHI) — Modificazioni statutarie (MATTIOLI, BERTACCHINI, LURASCHI, CATUCCI) — Modificazione del regolamento sanitario (TURINI, RUCCI) — Sconfinamenti (CANDIANI, SOLDA) — Rapporti con semi-abbienti (*forfaits*) (PARODI) — Indirizzo politico (DE LUCA, RICCI) — Elezioni delle cariche.

Nella seduta pomeridiana del 14 ottobre il dottor MARTINELLI fece la relazione morale esponendo lo sviluppo dell'organizzazione. Riferì di un importante colloquio col prof. Bauer di Francoforte, il quale ebbe a dichiarargli che l'organizzazione dei Medici Condotti in Italia ha raggiunto vantaggi assai superiori in rispetto a quelli conseguiti in Germania dai medici delle Assicurazioni contro le malattie. Parlò poi della Casa del Medico e dei pochi affidamenti avuti dalla Direzione Generale della Sanità.

PARODI iniziò la critica meravigliandosi che su un tema così importante, come quello delle Assicurazioni, il presidente sia quasi sorvolato: criticò il distacco dall'Associazione dei colleghi sardi, imputabile ad un cattivo trattamento a loro usato dall'Associazione generale.

Seguirono nella critica all'opera del presidente, FATICHI, PATRICELLI, GANDOLFI, CERAMICOLA, a cui si contrapposero MISTICÒ e LAMACCHIA, i quali se ne dichiararono soddisfatti.

Nella seconda giornata, 15 ottobre, si iniziò la discussione sulle assicurazioni obbligatorie contro le malattie. Si manifestano subito due tendenze, delle quali la più forte è contraria al progetto massimo sostenuto dal presidente, l'altra, pur non essendo favorevole al programma massimo, difende in certo qual modo, l'opera del presidente.

VACINO e LATERZA lamentano la poca attività organizzatrice della presidenza.

BARONI trova esagerate le critiche mosse alla presidenza.

BISCIONI lamenta la poca attività svolta in prò della Cassa pensioni.

CAMPOLI critica l'operato del presidente, in riguardo al progetto dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie in merito al progetto massimo della Commissione ministeriale. Secondo tale progetto la condotta piena, che dopo un trentennio di lotta, si è riusciti ad abolire, verrebbe di nuovo ristabilita, perchè il progetto estende l'obbligo dell'assicurazione alla quasi totalità della popolazione.

I medici condotti che al Congresso di Ancona si dimostrarono favorevoli al progetto massimo, perchè fu detto che il progetto poteva venire approvato con Decreto Reale, oggi, dopo aver conquistata la condotta medica residenziale, e dopo le recise opposizioni dei rappresentanti delle classi operaie alle richieste dei medici condotti del pagamento a notula e della libera scelta del medico, hanno fatto una revisione opportuna sul progetto massimo che, per le mutate condizioni politiche ed economiche, diviene troppo oneroso. Conclude manifestando la sua recisa opposizione all'opera svolta in proposito dal presidente, che non avrebbe tenuto conto della volontà della classe.

DAMIANI afferma che le critiche mosse alla presidenza sono per lo meno esagerate.

GALLETTI difende l'opera dei dirigenti l'organizzazione, i quali ottemperarono alle esigenze del momento ed ai mandati loro affidati dai Congressi precedenti. La tendenza contraria al programma massimo dell'assicurazione si è dichiarata, nel suo pensiero, soltanto in questo Congresso. Accenna al trattamento che è riservato ai medici condotti in pensione e domanda alla presidenza che sia svolta opera fattiva in merito a tale importantissima questione.

FATICHI afferma che il problema sull'assicurazione contro la malattia, questione di altissimo interesse sociale, dev'essere compiutamente sviscerato. S'intrattiene lungamente sulla questione dell'assicurazione, accennando pure ai moventi politici del programma massimo.

MISTICÒ parla della perequazione degli stipendi dei medici condotti.

VARRICELLI afferma che l'assicurazione contro le malattie soddisfa l'animo di cittadino e di medico, inquantochè assolve magnificamente alle esigenze sociali.

PERSIVAL non approva la relazione del presidente, perchè non è stata curata come di dovere l'organizzazione. Vorrebbe che fossero organizzati anche i neo dottori ed i laureandi in medicina.

RONCONI presenta un ordine del giorno nel quale s'insiste nel concetto che le assicurazioni siano estese soltanto ai ceti economicamente deboli.

MARTINELLI dichiara che risponderà alle accuse e non agli accusatori. Ringrazia gli amici che lo difesero, e gli avversari delle critiche mossegli, perchè le ritiene ispirate al maggiore affetto per la classe. Dopo aver parlato della propaganda sulla organizzazione di classe, egli passa a parlare sull'argomento principale: l'assicurazione contro le malattie. Ricorda che nel 1918 fece sue le proposte avanzate e dopo un anno di studi e di di-

scussioni, il Congresso di Ancona lo nominava presidente generale con incarico di sostenere il programma massimo nella Commissione ministeriale. Progetto massimo s'intende tale non per la sua estensione, che è uguale a quella del progetto minimo, ma perchè sostiene che le assicurazioni debbono assumersi l'assistenza sanitaria di tutte le classi economicamente deboli ed abbraccia in sè anche l'assicurazione per gl'infortuni. Ricorda i suoi approcci con varie autorità, tra le quali il prof. Silvagni, e i rappresentanti delle classi operaie, per l'applicazione di tale assicurazione. Osserva che bisogna ricondursi sempre ai tre capisaldi: primo le assicurazioni assumono assistenza sanitaria delle classi economicamente deboli per mezzo d'istituti provinciali di previdenza dove i medici sono equamente retribuiti; secondo, i medici condotti diventano medici fiduciari; terzo, i medici fiduciari sono compensati con una indennità fissa di residenza e con l'onorario delle prestazioni loro accordate secondo una tariffa da concordarsi periodicamente con l'Ordine dei Medici.

Dopo di che è votato il seguente ordine del giorno presentato dal dott. RONCONI:

«Il XVI Congresso dei Medici Condotti, udita la relazione morale e le dichiarazioni del Presidente le approva e, riaffermando le precedenti delibere in merito alle assicurazioni contro le malattie — che considera necessaria integrazione della legislazione sociale — insiste nel concetto che tale assicurazione sia limitata e debba provvedere soltanto ai ceti economicamente deboli, che non possono durante i periodi di malattia assicurare a se stessi nè l'assistenza sanitaria nè il sostentamento per le loro famiglie, e dà mandato alla futura Presidenza di attenersi strettamente alle direttive segnate dal presente ordine del giorno».

La prima parte dell'ordine del giorno, quella riflettente l'assicurazione, riporta la seguente votazione:

Votanti 4693; astenuti 299; assenti 34; favorevoli 2804; contrari 1556

Nella terza giornata, 16 ottobre, la discussione si inizia sulle modifiche da apportare allo Statuto.

LAPLACA afferma che si deve procedere con molta prudenza alla riforma di esso. Propone che alcuna decisione in merito non sia adottata fino a quando non la impongano i due terzi dei soci.

Si procede, quindi, alla votazione della seconda parte dell'ordine del giorno Ronconi.

Per dichiarazione di voto parlano vari congressisti.

Il risultato è il seguente:

Votanti 4693; assenti 59; astenuti 1892; favorevoli 2600; contrari 142.

CAMPOLI propone che nella votazione delle cariche del Consiglio Nazionale sia inclusa la rappresentanza della minoranza.

RAZZANO propone che ad evitare frequenti modifiche statutarie, il Congresso deliberi di non apportare modifica alcuna.

BERGAMINI propone che si deliberi di mantenere le Federazioni Regionali, senza che queste debbano costituire il Consiglio Nazionale.

MISTICÒ chiede che l'assemblea decida di stabilire le Sezioni provinciali, di mantenere le Federazioni regionali e che del Consiglio Nazionale siano chiamati a far parte i presidenti delle Federazioni.

LURASCHI è d'avviso invece che siano create Sezioni territoriali autonome.

BRACCINI propone una Sezione provinciale unica e che i membri siano elevati da cinque a nove.

PARODI presenta il seguente ordine del giorno:

«Il XVI Congresso dell'Associazione dei Medici Condotti — constatando dolorosamente la persistente assenza delle Sezioni della Sardegna — invita la futura presidenza a fare opera di pacificazione con esse e manda fin da ora a quei colleghi il saluto e l'augurio che al futuro Congresso siano anch'essi rappresentati».

L'ordine del giorno è approvato per acclamazione.

CARROBBIO fa una dettagliata e lucida relazione finanziaria, alla quale fa seguito la relazione del dott. CERAMICOLA sul fondo di cassa e sul bilancio.

Le relazioni sono approvate per acclamazioni.

Dopo un'ampia discussione sulla riforma statutaria, si procede alla votazione di due ordini del giorno circa il principio che deve presiedere nella organizzazione. L'ordine del giorno ROZZANO-MISTICÒ è per il mantenimento delle forme attuali di organizzazione, mentre l'altro, firmato dai dottori LURASCHI, BANZI e BOCCHI, conclude per alcune modifiche dello Statuto.

Procedutosi alla votazione risulta approvato con 2672 voti il seguente ordine del giorno:

«Il Congresso delibera che l'Associazione venga d'ora innanzi costituita da: 1) Sezioni territoriali autonome quali attualmente funzionano; 2) Gruppi provinciali (per le province che comprendono più Sezioni) resi obbligatori ed a norma dell'attuale Statuto; 3) Comitato centrale costituito da nove membri oltre ad un cassiere scelto all'infuori di essi e tutti nominati dal Congresso Nazionale. Restano pertanto così aboliti il Consiglio Nazionale come le Federazioni nazionali le quali potranno essere ammesse quali organi facoltativi per l'affiatamento delle Sezioni». Firmati: LURASCHI, BAUZI, BOCCHI.

GANDOLFI sostiene la provincializzazione delle condotte mediche e propone un voto in tali sensi. La proposta è approvata.

BUCCI presenta ed illustra un ordine del giorno col quale invita il Congresso ad iniziare un'azione sincrona ed efficace di tutta la classe diretta ad ottenere che da tutti i Comuni d'Italia sia assegnato al medico condotto lo stipendio iniziale di lire seimila con otto aumenti triennali del decimo ed indennità di rischi professionali di lire duemila cinquecento al pari a quello concesso ai sanitari dello Stato con la legge 20 agosto 1921, con

l'addizionale di lire cinque da 1 a 100 poveri, e di lire 10 da 101 in sopra, oltre le indennità di disagiata residenza, povera, malarica, eccette quelle di cavalcatura. L'ordine del giorno è approvato.

Le elezioni alle cariche avvennero su due liste. La lista facente capo al dott. Vacino Achille riescì vittoriosa. Di essa riescirono eletti i seguenti sette: Fatichi Giovanni, Frassetti Pietro, la Placa Natale, Luraschi Emilio, Oliaro Guglielmo, Patricelli Vincenzo e Percacini G. B. Della lista facente capo al dott. Martinelli riescì eletto il dott. Ronconi Euclide, il quale però non volle accettare la carica. La rinuncia essendo avvenuta dopo la scioglimento del Congresso e non potendosi sostituire il Ronconi con altro candidato a lui susseguente per numero di voti, in quanto nessuno aveva in seguito ottenuto la maggioranza dei partecipanti al voto, il che necessitava una votazione di ballottaggio non più possibile per la chiusura già avvenuta del Congresso, la Presidenza generale rimane così costituita: del presidente Achille Vacino e di sette vice-presidenti, anzichè di otto, e cioè: Fatichi, Frassetti, La Placa, Luraschi, Oliaro, Patricelli, Percacini. A cassiere dell'Associazione venne nominato il dott. Carobbio Daniele.

A sede del futuro Congresso fu proclamata Trieste.

Le delizie del crumiraggio.

Leggiamo ne *La Federazione Medica* del 1° novembre 1922:

«Al concorso di Grottamare (prov. di Ascoli Piceno) diffidato dall'assemblea della Sezione Picena e pubblicamente nel *Medico Condotto* e nella *Federazione Medica,* hanno partecipato *sessantadue* nostri colleghi di tutte le parti d'Italia.

«Chi manda questa notizia propone che le Sezioni dei Medici Condotti espellano i concorrenti che siano loro inscritti, e che noi pubblichiamo i nomi di questi ineffabili crumiri ai quali a ben andare, almeno a sessantuno, rimarrà il conforto di avere violato la nostra disciplina e di avere speso i quattrini necessari per i documenti. Noi siamo prontissimi a pubblicare l'elenco di questi sessantadue emeriti colleghi quando i loro nomi ci vengano partecipati dall'Ordine di Ascoli Piceno».

Domandiamo: se questi sono i risultati delle diffide, a che servono le diffide? Ad allontanare qualche elemento più disciplinato?

E *La Federazione Medica* dà la notizia con tanta indifferenza? Occorrerà un'attiva campagna perchè le diffide siano proclamate a ragion veduta ma, una volta sancite, vengano da tutti rigorosamente rispettate!

MEDICINA SOCIALE.

Assicurazione malattie in Finlandia.

Un progetto di legge sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie è stato elaborato dal Consiglio dei Ministri finlandese. Il progetto include tutti coloro che abbiano superato l'età di 16 anni; detta le norme per l'assistenza sanitaria, per la corresponsione di una sovvenzione quotidiana e per l'assistenza alle gestanti. L'assistenza sanitaria comprende le cure medico-chirurgiche, il rimborso di due terzi delle spese per medicinali, e le eventuali spese per l'acquisto di arti artificiali, di apparecchi ortopedici, per erniosi, ecc. Il sussidio economico verrebbe liquidato nella misura di due terzi dei proventi dell'infermo, col massimo di 8 marchi finlandesi al giorno. Il progetto incontrerà forse difficoltà, per i nuovi aggravi che reca alle finanze dello Stato; ma data l'importanza dei provvedimenti sociali, si crede che otterrà l'approvazione delle Camere legislative.

Convegno delle Assicurazioni sociali a Napoli.

Al primo Convegno Napoletano per le Assicurazioni sociali ha partecipato una folla di lavoratori, organizzatori, studiosi, rappresentanti di organismi padronali ed Enti pubblici, ecc. Alla seduta inaugurale numerose le autorità; parlò l'on. Cingolani e fu letta una relazione dell'avv. Manlio D'Ambrosio sul tema «Previdenza libera e previdenza obbligatoria». L'assicurazione malattie fu trattata ampiamente dai relatori Lanzoni e dottor Valente; alla discussione parteciparono diversi rappresentanti. Venne infine approvato ad unanimità il seguente ordine del giorno, presentato dai rappresentanti le organizzazioni sindacali confederali e firmato dai due relatori, da organizzatori di parte bianca e dal prof. Ferrannini:

«Il 1° Congresso Provinciale di Napoli della Previdenza sociale ritiene necessità umana e sociale quella di sollecitamente addivenire all'adozione dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie — già vigente o in corso di preparazione in tutte le Nazioni d'Europa — contemperando le esigenze dell'unità con quelle della libertà e del decentramento; e fa voti che il Governo presenti quanto prima al Parlamento Nazionale e questo discuta un progetto di legge informato agli accennati scopi».

Poi il Congresso si è occupato delle assicurazioni sociali in atto, su relazione del prof. Ferrannini, direttore della Clinica del Lavoro, e sulla prevenzione della invalidità.

Il Convegno si è chiuso con efficaci parole del comm. Paretti, direttore della Cassa Nazionale di previdenza sociale, e con un discorso dell'on. Castellino, presidente dell'Istituto.

Per la profilassi e la cura del gozzo.

Il Comitato provinciale per la lotta contro il gozzo ha diffuso un opuscolo del dott. G. Muggia, in cui, ricordate le ricerche e le concezioni di Giacomini, Grassi, Buzzi, ecc., sull'importanza

dello iodio per la prevenzione e la terapia del gozzo endemico, e richiamati i brillanti successi già conseguiti con la somministrazione di preparati ioidei nelle regioni a endemia gozzo-cretinica, si ferma sull'impiego di sale da cucina iodurato, mezzo pratico e semplice, già in uso nel Cantone svizzero di Appenzal; sollecita il Governo italiano a mettere in vendita un sale da cucina così preparato, allo stesso prezzo del sale comune. Basta la proporzione di 1 : 100,000 (1 cg. di ioduro potassico per ogni Kg. di sale).

a. p.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ABBADIA S. SALVATORE (*Siena*). — 2ª cond.; lire 6500 e 2 c.-v., 8 trienni ventesimo. Scad. 30 nov.

CORCIANO (*Perugia*). — Per Mantignana. Scad. 30 nov. Vedi fasc. 47.

FORMIA (*Terra di Lavoro*). — Staz. climatica. Ab. 10,279. L. 6000 e quinquenni dec. Scad. ore 12 del 31 dic. Età lim. 44, salvo per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte o in Ospedali. Accettaz. entro 5 g., servizio entro 30.

GRAVINA IN PUGLIA (*Bari*). — Per Poggiorsini; L. 3000 (*sic*) oltre L. 1000 indenn. laurea (*sic*) e L. 300 arm. farm.; 4 quadrienni di L. 800 e 2 di L. 600.

LENOLA (*Caserta*). — Scad. ore 12 del 1º dic. Età limite 40. L. 6000. Preferenza a chi abbia prestato servizio militare in zona di operazione.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

MONDOLFO (*Pesaro*). — Consor. A tutto 1º dic., proroga. Ab. 2002; L. 7000 fino a 500 pov., addizion. L. 3, L. 1000 disag. resid., doppio c.-v., 5 quadr. decimo; cavalc. dall'Ammin. consorziale. Età limite 40. Assicur. Chiedere annunzio.

MONTASOLA (*Perugia*). — Al 15 dic. Consor. con Vacone. L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 resid. povera, L. 3000 cav., L. 100 (*sic*) uff. san., L. 300 assicur., 3 quinq. decimo. Inscriz. in un albo. Ab. 765 più 450.

MORNAGO (*Milano*). — Con Crosio della Valle. Ab. 2450, di cui circa 500 pov. L. 6000 resid., lire 2000 complementari, L. 500 trasp., L. 500 uff. san., L. 200 ambul., due c.-v., 5 quinq. di L. 650. Alle ore 18 del 30 nov. Triennio in cond. o di assistentato effettivo presso pubbl. Osped. Età limite 35. Serv. entro 15 giorni.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assistente effettivo di chirurgia; L. 4500 e 4 bienni decimo, due c.-v.; servizio di accettaz. per la durata di 12 ore con medaglia di pres. di L. 15. Scad. ore 17 del 15 dic. Elenco votazioni. Serv. entro 10 giorni.

SOIANA (*Pisa*). — Scad. 15 dic. L. 6000 per 270 pov., doppio c.-v., L. 2000 trasp. senza obbl. cav.

Medico-chirurgo, laureato a pieni voti da tre anni, con ottimo servizio prestato in condotta e in casa di cura, pratico di chirurgia e di radiologia, cerca buon interinato nell'Italia Centrale, preferibilmente in provincia di Roma o nelle Marche. Scrivere: signor Trinchero, via Crescenzio 43, scala B, int. 1 - Roma.

AVVERTENZA. — Prima di partecipare a qualsiasi concorso raccomandiamo di prendere visione ne «La Federazione medica» o nel «Medico Condotto» dell'elenco completo delle diffide e dei boicottaggi.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Balbi-Valier. — Sarà conferito un premio d'italiane lire 3000 all'italiano «che avrà fatto progredire nel biennio 1921-22 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio». Il premio è per concorso. Scadenza 31 dicembre 1923. Il premio non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto.

Premio Socrate Paggi. — Col reddito dei beni lasciati dal defunto dott. Socrate Paggi alla R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna, e investiti in cartelle di debito consolidato 5 % del valore nominale di L. 33,000, sono istituiti due premi annuali di L. 750 ciascuno da attribuirsi a due memorie riguardanti l'una la Medicina pratica, l'altra la Chirurgia pratica. Ciascun premio è indivisibile e viene conferito in seguito a pubblico concorso.

Premi Isnardi. — Dalla Società Italiana di Pediatria viene aperto il concorso a tre premi «Pietro Isnardi» per le migliori monografie sopra studi di pediatria medica, fatti in Italia da autori appartenenti alla Società Italiana di Pediatria. I premi sono i seguenti: primo di L. 5000; secondo di L. 3000; terzo di L. 2000. Le monografie potranno essere stampate o dattilografate, e saranno di data non anteriore al 1º novembre 1922. Coloro che intendono prendere parte al concorso devono inviare la domanda e 3 copie delle monografie alla Presidenza della Società Italiana di Pediatria (Ospedale Meyer, via Mannelli, 115 - Firenze 23), non più tardi del 15 aprile 1924. I premi saranno assegnati dalla Società Italiana di Pediatria in occasione dell'XI Congresso, in base alla relazione di una Commissione giudicatrice, composta di tre membri e nominata dal Consiglio direttivo della Società, dopo la chiusura del concorso.

Premio Dessy. — Presso la Facoltà Medico-Chirurgica del R. Istituto di Studi Superiori in Firenze, è aperto un concorso al premio biennale «Francesco Dessy» di L. it. 2000. Il premio verrà attribuito a memoria che tratti di anatomia o istologia normale, di fisiologia o d'igiene. Scad. 30 giugno 1923. Al premio possono concorrere medici-chirurghi di nazionalità italiana, laureati da non più di cinque anni.

Premio Galligo. — L'Accademia Medico-Fisica fiorentina apre il concorso al premio triennale di L. 500 su lavori di sifilografia e pediatria. Presentazione dei lavori 31 gennaio 1923. Richiedere il regolamento alla Segreteria (via Alfani, 33 - Firenze).

Premio Binacossa. — Il 10° concorso ad un premio di L. 1200 (quinquennio 1920-1924), dedotte le tasse di ricchezza mobile e di manomorta, verte sul tema «Psicosi allucinatorie croniche». I lavori in lingua italiana, latina o francese, manoscritti o stampati (questi però con data posteriore al 1° gennaio 1920) devono essere presentati, con domanda, entro le ore 18 del 31 dicembre 1924 alla sede della R. Accademia di Medicina (via Po, 18) in Torino.

Premi Angelo Minich. — Concorso sul tema: «Apportare nuovi contributi allo studio dell'influenza che il sistema endocrino esercita sullo scheletro». Scadenza 31 dicembre 1924. Il premio è di L. 5000.

Concorso, riservato ai soli italiani, per i migliori apparecchi artificiali originali, od anche, se già conosciuti o in uso, notevolmente modificati o perfezionati, atti a rendere meno gravi le condizioni dei mutilati. Il concorso rimane aperto a tutto il 31 dicembre 1922. Al premio di L. 10,000 assegnato dal R. Istituto, sono aggiunte altre lire 5000, per generosa oblazione del benemerito cittadino americano R. L. Cottenet. Il premio quindi risulta di L. 15,000.

Premi Rolli. — È aperto il concorso, per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma, a quattordici premi della Fondazione Rolli, di lire mille ciascuno. Chiedere annunzio alla Segreteria. Scad. ore 12 dell'11 dicembre.

L'Associazione Medica Italiana di Idrologia e Terapia fisica bandisce due concorsi a premio di L. 1500 per lavori inediti di climatologia meridionale continentali. Possono concorrere anche studenti. Termine 31 dicembre 1922. Schiarimenti dal Comitato (porticale Galleria Principe di Napoli, n. 9 - Napoli).

La Società Medico-chirurgica di Bologna bandisce i seguenti concorsi a premi da L. 500 ciascuno: *Premio Gaiani,* su «La proteinoterapia nell'asma bronchiale»; *Premio Sgarzi,* sulla «Chirurgia della tubercolosi polmonare» (escluso il pneumotorace artificiale). Rivolgersi alla Segreteria (piazza Galvani, 1). Scadenza 30 giugno 1923.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al dott. Bongiovannini cav. Giuseppe, medico municipale in Torino, è stata conferita la medaglia d'argento al merito della C. R. I., con palma, con la seguente motivazione:

«Prima in servizio di guerra presso unità mobile della C. R. I. e della Sanità militare, poi in servizio civile contro l'epidemia influenzale; dimostrando sempre lodevole competenza tecnica, fu esemplare per attività, per filantropia, per spirito di sacrificio (1915-1919)».

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grandi ufficiali: prof. Pio Colombini, direttore della Clinica dermosifilopatica e rettore dell'Università di Modena; prof. Giuseppe Vairo, dell'Ufficio Sanitario Provinciale di Napoli.

Commendatori: prof. Orlando Pace, direttore della Clinica oculistica dell'Università di Modena; dott. Enrico Villa, condirettore dell'«Avvenire Sanitario», ispettore-capo del Servizio Sanitario delle FF. dello Stato, ora collocato a riposo.

NOTIZIE DIVERSE.

Scambio di personale sanitario.

Nella sala del Consiglio Superiore di Sanità ha avuto luogo la presentazione dei medici stranieri che, secondo la decisione presa dalla Società delle Nazioni, sono venuti in Italia per lo scambio di personale sanitario delle diverse Amministrazioni statali.

Erano a ricevere i graditi ospiti tutte le alte autorità della nostra Sanità pubblica. Il Direttore generale, dott. Lutrario, porse a nome del Governo e dell'Amministrazione sanitaria italiana un saluto agli ospiti, mettendo in rilievo l'alta finalità di questo scambio di personale sanitario, inteso a creare una coscienza igienica internazionale per mezzo della solidarietà fraterna dei funzionari dei differenti paesi e delle rispettive Amministrazioni sanitarie. Questo scambio potè avvenire mercè lo aiuto effettivo e illuminato della «Rockefeller Foundation», rappresentata in Europa ora da Mr. Gunn.

Al comm. Lutrario, che è stato uno dei sostenitori più ferventi di questa nuova forma di attività della Società delle Nazioni, rispose con elevate parole il dott. Raichmann, del Servizio d'Igiene della Società delle Nazioni.

In questo primo esperimento quattordici medici appartenenti a varie nazionalità sono stati inviati in Italia.

La prima conferenza *Sulla tutela igienica del lavoro* fu tenuta dal prof. Devoto. Altre conferenze sono state tenute dal prof. Gosio, dal prof. Di Vestea, dal sen. Sanarelli, dal prof. Gasperini, ecc. Alle singole conferenze hanno tenuto dietro interessanti discussioni.

Verranno visitate numerose istituzioni sanitarie: Ospedali, Colonie, Sanatorî, Preventorî, Scuole, ecc.; opere igienico-sanitarie: acquedotti, fognature, bonifiche; uffici sanitarî. Il tirocinio durerà fino al 17 dicembre.

Gita di studenti italiani in Francia.

Organizzata sotto gli auspici dell'Istituto Francese di Napoli, di cui è direttore Paul Marie Masson, è stata curata dall'ing. Gennaro Perriello. Gli studenti sono stati ricevuti al Senato, alla Camera dei Deputati, al Municipio di Parigi, dove apposero la firma nel Libro d'Oro, all'Ambasciata d'Italia, all'Unione Latina, all'Unione in-

tellettuale franco-italiana, all'Ufficio Nazio. delle Università e Scuole Francesi, alla Camera di Commercio Italiana, all'Associaz. gen. degli Studenti. Furono organizzate in loro onore sedute di gala all'*Opéra*, alla *Comedie Française*, all'*Opéra Comique;* una festa notturna al *Luna-Park* fu data dal Comitato delle Feste della città di Parigi: vi presero parte una comitiva di studenti e studentesse polacche e le più leggiadre reginette di Parigi. Sontuosi banchetti furono offerti al Liceo Hoche a Versailles, al Palais-d'Orsay, al Bois de Boulogne. In uno di essi, al Liceo Louis le Grand, il rappresentante del Ministro della Pubblica istruzione conferì al Presidente Perriello le insegne di Ufficiale dell'Accademia Francese. Furono visitati infiniti monumenti, istituti, luoghi di battaglia, ecc. Alla Sorbonne furono guidati dal professor Roustan, Ispettore d'Accademia, nella visita dell'antico Collegio di Francia. Alla Facoltà di Medicina furono ricevuti dal decano prof. Roger che porse il benvenuto a nome degli studenti e dei medici francesi. All'Istituto Pasteur furono guidati dal direttore prof. Rouss.

Alla présenza di gran numero di personalità politiche e militari fu deposta sulla tomba del Soldato Ignoto Francese una targa di bronzo, opera del prof. Pellegrini. Commovento e solenne fu la cerimonia al Cimitero dei Caduti italiani di Bligny.

Corso di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Nell'anno scolastico 1922-23 avrà luogo per i laureati in medicina e chirurgia, presso la Clinica delle malattie nervose e mentali della Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un Corso di perfezionamento bimestrale in Clinica delle malattie nervose, che avrà inizio il 15 gennaio 1923; saranno impartiti insegnamenti dai proff. G. Mingazzini, G. Fumarola e G. Ayala. Dopo prova di esame verrà rilasciato un Diploma di Perfezionamento. Domanda al Rettore non più tardi del 10 gennaio 1923. Somo ammessi anche i laureati di Università estere. Quietanza di L. 250 rilasciata dall'Economo dell'Università. Si dovranno pure versare nella Cassa universitaria L. 73.90 occorrenti per sopratassa di esame di diploma, per gli esercizi di Laboratorio, per bollo e indennità. Per ritirare il Diploma gli interessati dovranno presentare domanda e versare alla Cassa Universitaria L. 10.60.

Corso di perfezionamento in Radiologia Medica ed Elettroterapia.

Avrà luogo dal 1° febbraio al 1° maggio 1923 presso l'Istituto di Radiologia medica ed Elettroterapia dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I, per laureati in medicina. Saranno impartiti insegnamenti dai proff. F. Ghilarducci, G. C. Trabacchi, A. Coleschi e dal dott. S. Attilj. In seguito a prova di esame, verrà rilasciato un diploma di perfezionamento. Domanda al Rettore non più tardi del 20 gennaio 1923. Sono ammessi i laureati di Università estere. Quietanza di L. 300,30 rilasciata dall'Economo della R. Università. Si dovranno pure versare alla Cassa Universitaria L. 79,10 occorrenti per sopratassa di esame, per indennità, marche da bollo, ecc. Per ritirare il diploma, gli interessati dovranno presentare domanda e versare alla Cassa universitaria L. 21.00.

Corso di perfezionamento in Ortopedia e Traumatologia dell'apparato motore.

Avrà luogo, presso la Clinica Ortopedica e Traumatologica dell'Università di Roma (al Policlinico Umberto I), per i laureati in Medicina e Chirurgia; sarà trimestrale; s'inizierà l'11 gennaio 1923; verrà impartito dai proff. R. Dalla Vedova, G. L. Gazzotti, S. Crainz e dal dott. E. Gualdi. Domanda non più tardi del 10 gennaio; tassa di L. 79.10; sopratassa di L. 21. Saranno accolte soltanto 30 domande di iscrizione (secondo l'ordine di presentazione). Sono ammessi i medici stranieri.

Corso di perfezionamento in Igiene.

A norma degli interessati si ricorda che per motivi straordinari imprevedibili, il corso di perfezionamento in igiene che doveva essere tenuto dal prof. A. Sclavo a Firenze nei mesi di settembre e ottobre 1922, è stato rimandato ai mesi di marzo ed aprile 1923. Le domande si accettano fino a tutto il mese di febbraio. Per coloro che sono stati già iscritti non occorre altra domanda.

Corso di Ortopedia.

Sarà tenuto nella settimana dal 22 al 28 gennaio 1923 un *Corso di ortopedia indispensabile ai pratici;* comprenderà anche le tubercolosi esterne e le fratture; esercizi individuali; spiegazioni in inglese e spagnolo; tassa fr. 150. Per le iscrizioni e il programma rivolgersi al dott. Fouchet, Institut Calot, Berk-Plage; oppure al dott. Colleu, Clinique Calot, Quai d'Orsay, 69, Parigi.

Corso teorico-pratico di assistenza all'infanzia.

Il 20 novembre si è iniziato il corso annuale di assistenza all'infanzia, presso l'Istituto di S. Gregorio; comprende allieve esterne ed interne. Per chiarimenti rivolgersi alla direzione dell'Istituto, S. Gregorio al Celio, n. 3 - Roma.

La Commissione per il riordinamento Universitario.

In applicazione dell'art. 6 della legge 25 luglio 1922 sull'istruzione superiore, è stata istituita la Commissione che deve provvedere al riordinamento universitario.

La Commissione è composta dai professori: Baratono, Codacci-Pisanelli, Caporali e Meda rappresentanti la Camera dei Deputati; Corbino, Mazzoni, Del Giudice e Mangiagalli rappresentanti il Senato; Severi, Zanzucchi, Cirincione, Ciappi e Gentile, designati dal ministro della pubblica istruzione.

Per la internazionalizzazione della cultura.

L. Bourgeois ha sottoposto recentemente alla Lega delle Nazioni uno studio concernente la collaborazione intellettuale internazionale, e la Lega ha nominato una Commissione per studiare l'ar-

gomento. Fanno parte della Commissione: Banejee (Calcutta), Bergson (Parigi), Bennevie (Christiania), De Castro (Rio Janeiro), Curie (Parigi e Varsavia), Destre (Belgio), Einstein (Berlino), Murray (Oxford), Reynold (Berna), Ruffini (Torino), De Torre Suevedo (Madrid).

Scuola medica all'ospedale civile di Venezia.

Il 3 novembre ebbe luogo la inaugurazione dell'annuale corso della Scuola di perfezionamento per i medici presso l'Ospedale civile fondata con legato dal prof. Angelo Minich. Erano presenti le autorità cittadine e mediche e moltissimi medici della città. Il dott. Lizonio, direttore dell'Ospedale, fece una relazione sul corso precedente. Furono impartite: n. 42 lezioni Anatomia patologica, n. 60 di Chirurgia, n. 61 di Clinica medica e n. 10 per ciascuna delle specialità otorinolaringoiatria, elettroradiologia e dermosifilopatia con n. 6743 presenze di uditori. Il prof. Ceresole, radiologo dell'Ospedale, seguì con una lezione sulle più recenti conquiste della radiologia e radioterapia.

Nuovi periodici.

Ha visto la luce il primo fascicolo della «Rivista Italiana di Ginecologia» diretta dal prof. E. Ferroni, a periodicità bimestrale, densa di scelto materiale, in dignitosa veste tipografica; il fascicolo è corredato di 5 tavole e di figure.

Direzione e redazione hanno sede presso il Regio Istituto Ostetrico-Ginecologico di Firenze (XV, via Alfani, 62); l'Amministrazione presso la Ditta Editrice E. Ariani (Firenze XIII, via S. Gallo 33). Abbonamento annuo L. 60 per l'Italia, L. 100 per l'Estero.

Alla nuova rivista, il cui inizio è un'affermazione, vanno i nostri cordiali auspicii.

***

Il «Journal of Personnel Research» è destinato alle ricerche sull'orientamento professionale; si raccomanda a medici, igienisti, insegnanti, amministratori, industriali, commercianti, economisti, sociologi, statisti, ecc. Ha un poderoso corpo redazionale. Viene pubblicato mensilmente. Prezzo d'abbonamento: dol. 5 a volume di 12 fascicoli; rivolgersi alla William Wilkins Company (Mount Royal and Guilford Avenues, Baltimore, Md., S. U. d'A.), che a richiesta invierà il programma della pubblicazione.

Medaglia d'oro al prof. Barduzzi.

L'Ordine dei Medici, l'Associazione dei medici liberi professionisti e il Sindacato medico di Livorno hanno offerto al prof. Domenico Barduzzi una medaglia d'oro in segno di affetto, ossequio e gratitudine per la costante sua opera dedicata, durante quasi quarant'anni, nei Congressi e nella stampa medica, all'elevamento morale ed economico della famiglia sanitaria.

Mostra campionaria di specialità farmaceutiche.

Si è tenuta, pel secondo anno, a Milano, nel salone di via S. Paolo, 10, allo scopo di porre a contatto le ditte produttrici col ceto medico; vi han partecipato una quarantina di case; ai medici visitatori vengono forniti gratuitamente campioni.

Elargizione regale.

Il re Alberto del Belgio ha donato all'Università di Bruxelles mezzo milione di franchi per contribuire alla fondazione e all'arredamento degli Istituti della Facoltà Medica.

Consiglio superiore della Natalità in Francia.

Il Ministero di Igiene Previdenza ed Assistenza Sociale di Francia pubblica un decreto col quale istituisce un Consiglio Superiore di Natalità, con lo scopo di studiare le misure atte ad accrescere la natalità e combattere lo spopolamento in Francia; il Consiglio è composto di 50 membri.

In memoria del prof. Luzzatto.

A perpetuare il ricordo del compianto prof. Riccardo Luzzatto, ordinario di materia medica nell'Università di Modena, quella Facoltà di Medicina si è fatta promotrice di una sottoscrizione per raccogliere fondi onde istituire presso l'Ateneo una fondazione di Biochimica e Terapia Sperimentale intitolata al nome dell'illustre scomparso. Le offerte vanno indirizzate all'Economato della R. Università di Modena.

Il dott. Eugenio Piraino, fratello del valoroso generale che comandava la difesa di Venezia nell'ultimo periodo della guerra, è stato investito sullo scalo di Venezia da un treno in manovra, rimanendo schiacciato contro il muro dei magazzini. Ha lasciato un vivo rimpianto nel personale di bordo e nella cittadinanza, essendo molto apprezzato ed amato per i suoi meriti ed il suo carattere.

È morto a Berlino il celebre anatomista comparato e biologo OSKAR HERTWIG, in età di 73 anni. Ne daremo prossimamente un cenno biografico.

È morto a Praga il dott. KARL WEIL, professore emerito di clinica chirurgica in quella università tedesca; contava 78 anni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Morgagni, 31 luglio. — B. AGAZZI. Enfisema sottocutaneo generalizzato da corpo estraneo in un bronco.

Journ. d. science méd. de Lille, 6 agosto. — HALLUIN. Progressi nella anestesia dentaria.

Archivos de Med., Cir. y Especial., 12 ag. — W. CASPARI. Circa l'immunità antitumorale.

Bull. d. Sc. Med., lug.-ag. — G. M. PICCININI. Qualunque farmaco a dosi minime è in grado di aumentare il lavoro muscolare.

Revue Méd. de la Suisse Rom., ag. — A. OSWALD. Rapporto tra costituzione chimica e azione fisiologica dei composti organici.

Pensiero Med., 12 ag. — C. ZENONI. Anatomo-patologia dell'avvelenamento da benzolo negli addetti all'industria della gomma.

Le Scalpel, 12 ag. — H. KOETTLITZ. Bradicardia e dispepsie. — 19 ag., C. WILLEMS. La meniscite.

La Presse Méd., 23 ag. — C. AUBERTIN e L. COURSIER. Obesità e ipertensione.

Rass. Intern. di Clin. e Ter., lug. — A. SICOLI. Nuove vedute e teorie sul mal di mare.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 10 ag. — N. MUGLIA. Sulle contusioni del torace.

Boston Med. a. Surg. Journ., 10 ag. — J. F. KENNEY, D. CHEEVER e R. I. LEE. Problemi ospedalieri. — P. ROMEO. I raggi violetti nel trattamento del vaiolo.

La Presse Méd., 6 settembre. — C. FOIX e A. THÉVENARD. I riflessi di posizione. — A. RADOVIC. Esiste un Babinski della mano?

La Rif. Med., 11 settembre. — N. PANE e G. CIRILLO. Reperto microbico in cistiti acute purulente. — A. TERZANI. Reperti del sangue nei vecchi.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 agosto. — A. DE MARTINI. Indagini cliniche terapeutiche sull'anemia perniciosa.

La Presse Méd., 9 settembre. — J. MINET e R. LEGRAND. Aortite e nevralgia del trigemino.

Mediz. Klinik, 10 settembre. — H. MAASS. Sviluppo fisiologico e rachitico delle ossa. — E. LAUER. Asphyxia pallida neonatorum.

Deut. Mediz. Wochens., 8 settembre. — G. HETÉNYR. Ricambio dell'anidride carbonica nelle malattie epatiche. — W. KOWALSKI. Sifilide galoppante. — W. EBERT. Indicazioni del pneumotorace artificiale nella tubercolosi polmonare. — L. BOCHARDT. Teoria dello stimolo, teoria dello sviluppo e il problema della costituzione.

Journ. de Méd. de Bordeaux, 10 settembre. — A. VENOT e A. PARCELIER. I limiti di operabilità della tubercolosi annessiale.

ARCHIVI.

Archivos de Méd., ecc., 19 agosto. — WAGNER-JAUREGG. Il trattamento della paralisi progressiva con l'inoculazione di malaria.

Acta Medica Scand., VI. — P. HAGLUND. Sulle così dette scoliosi ischialgiche. — G. SÖDERBERGH. Sulla funzione della IX radice dorsale motrice. — T. W. TALLOQUIST. Iponutrizione e secrezioni interne.

Anales de la Fac. de Med., Montevideo, mar. e apr. — M. LABBÉ. I grandi disturbi della nutrizione e la patogenesi dell'obesità. — L. MORQUIO. La meningite urlante del bambino. — E. B. ACEVEDO. Epicondilite traumatica.

Annales de l'Inst. Pasteur, ag. — C. NICOLLE e E. CONSEIL. Vaccinazioni profilattiche per via digerente nell'uomo contro la dissenteria bacillare e la febbre mediterranea.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 4 Dicembre 1922 **Fasc. 49**

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI -- FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA PEDIATRICA.
Direttore incaricato prof. TULLIO LUZZATTI.

Sulla reazione col solfato di rame nel liquido cefalo-rachidiano.

Dott. ARTURO MEDI, assistente volontario.

La puntura spinale quale mezzo di accertamento diagnostico è ormai entrata nella pratica corrente anche dei medici condotti e più specialmente di quelli che dedicandosi alle malattie infantili hanno avuto modo di esercitarsi in tale pratica. I soli criterii macroscopici del liquido non sono però sufficienti nella grandissima maggioranza dei casi a delucidare la diagnosi ed è perciò che sul liquido estratto si eseguono più o meno complicate ricerche chimiche-fisiche e microscopiche. Qui incominciano le difficoltà per il medico pratico che non ha il più delle volte a sua disposizione che i pochi reagenti della farmacia; vero è che il liquido estratto può essere inviato ad un laboratorio per attendere da esso il responso relativo, ma non sempre il laboratorio è a breve distanza e sempre si perde un tempo che può essere in alcuni casi prezioso per la cura. Solo in casi eccezionali i caratteri macroscopici potranno essere sufficienti, quando ad esempio si rileverà la coloranza del liquido che aggiunta ai criteri clinici di una forma morbosa sorta improvvisa con fenomeni meningitici senza localizzazioni in altri organi ci potrà essere sufficiente per diagnosticare con moltissima probabilità una forma meningococcica ed intraprendere subito il relativo trattamento. Ma all'infuori di questo caso il solo aumento del liquido che si manifesta colla fuoriuscita a getto od a goccie molto ravvicinate, non potrà farci andare al di là della considerazione che un qualche cosa

di patologico è avvenuto a carico delle meningi e del sistema nervoso confermando il sospetto che i dati clinici ci avevano posto; l'attesa della formazione del reticolo o della sua mancanza o della forma di esso più o meno caratteristica è un dato di un valore non trascurabile, ma che può lasciare molti dubbi sia quando è appena appariscente, sia quando riveste un carattere intermedio fra il ragnatelo ed il dito di guanto.

Venendo alle ricerche di laboratorio nella pratica si potrà anche senza avere gli appositi rachi-albuminometri e centrifuga giudicare colla semplice ebollizione e l'acido acetico, se in quel determinato liquido l'albumina sia aumentata e se poco o molto, ma questo criterio molto soggettivo e che può dare attendibili reperti in mano di chi esegue quotidianamente tale pratica poco o nulla gioverà potendosi avere ad esempio identico reperto in una meningite ed in un tumore. La ricerca dei cloruri presuppone liquidi titolati, provette graduate ecc.; la reazione del Nonne, del Lange, di Kafka, quella del benzoino, del mastice, del triptofano, ecc., ecc. mirano alla ricerca di qualche speciale sostanza che compare o dovrebbe comparire in una determinata forma morbosa; in questi ultimi tempi vediamo un affannarsi di ricercatori nel provare sul liquido cefalo-rachidiano le più svariate reazioni ed i più varii reagenti; ed intanto si rigettano o non si curano adeguatamente ricerche semplici che maggiormente controllate o diffuse potrebbero essere di grande vantaggio specialmente ai pratici. Tra queste la reazione del Boveri e quella delle sostanze riducenti. La reazione del Boveri, sia per le relazioni che di tanto in tanto pubblica l'Autore, sia perchè su di essa molti altri hanno richiamato l'attenzione, è abbastanza diffusa. Una reazione che viene invece a torto quasi sempre trascurata è quella delle sostanze riducenti. Noi ci siamo proposti di vedere se, usando il metodo più pratico e semplice possibile, e perciò alla portata di tutti mettendolo in relazione coi reperti clinici, che sempre ed innanzi a tutto devono aver valore, e con tutte le altre ricerche chimiche-fisiche e microscopiche, potevamo avere dati di un qualche interesse, secondo affermano gli Autori francesi. Il metodo consiste nel prendere 2. CC. di liquido cerebro-spinale, filtrare su comune carta da filtro, aggiungere 3 goccie della soluzione Feheling A, 3 goccie della sol. B, e portare ad ebollizione.

Già nelle prime osservazioni ci capitarono due casi in cui la reazione assunse un valore così suggestivo da farci continuare con vivo interesse.

Una bambina di 9 mesi, presenta vomito, Kernig, paralisi del l'oculo-motore di sinistra, riflessi aumentati, fontanella tesa; alla puntura liquido a getto, limpido, che forma lievissimo reticolo alla superficie, scarsissimo sedimento con pochi linfociti; sul momento si pensa alla meningite tubercolare; la reazione su esposta mi dava invece che diminuzione (come si dovrebbe avere nella meningite tubercolare) sostanze riducenti normali, deponendo in favore del tumore; il decorso ulteriore confermò il nostro sospetto. Un altro bambino di 6 mesi viene portato in clinica con lue congenita; presenta vomito, opsistotono, testa voluminosa, fontanella ampia e tesa, grosse vene nelle regioni parieto-temporali, craniotabe luetica: si pensa all'idrocefalo luetico: si esegue la puntura che dà luogo ad abbondante liquido leggermente opalescente: la reazione mi dava scomparsa completa delle sostanze riducenti, la quale si ha nelle meningiti acute purulente; l'esame microscopico del sedimento confermò tale concetto col reperto di molti polinucleati contenenti meningococchi. Abbiamo continuato le nostre ricerche in tutti i casi nei quali veniva estratto il liquido cefalo-rachidiano sempre tenendo presente la soluzione dei più comuni problemi che il medico deve risolvere al letto del malato; il più frequente è dato da pazienti, che affetti da malattia o tossica o infettiva acuta presentano vomito, rigidità della nuca, fontanella tesa, aumento dei riflessi. Alla puntura il liquido viene a getto od a goccie ravvicinate limpido o leggermente opalescente. Si tratta di irritazione semplice delle meningi o di vera e propria meningite? Per la cura, trattandosi sia di forma tossica, che di forma infettiva, essendo questa dovuta agli stessi germi (tifo, polmonite, ecc., ecc.) della malattia localizzata in altri organi, si sarà già fatto abbastanza coll'aver sottratto il liquido; ma per la prognosi? Nell'esercizio professionale la prognosi è la parte più delicata e quella che richiede la maggiore circospezione perchè sulla sua esattezza poggia la reputazione del medico. La prognosi nei casi di cui si parla, varierà essenzialmente in riguardo ai sintomi meningei a seconda che si tratterà o di semplice meningismo o di vera e propria meningite. La prova col solfato di rame ci ha fornito sempre un reperto caratteristico per tale diagnosi differenziale cioè avemmo sempre sostanze riducenti non diminuite, il che

è rilevato dal fatto che il liquido coll'ebollizione prende un intenso colorito giallo o giallo rossastro, ogni volta che trattasi di irritazione tossica, non presenta che scarsissimo o affatto precipitato quando trattasi di infezione batterica, così in tutti i casi di meningite meningococcica, sia nelle prime che nelle successive punture anche del liquido estratto colla puntura ventricolare per tutto il tempo del periodo acuto, avemmo sempre mancanza di qualsiasi riduzione; crediamo pertanto che quando un medico nella pratica si trovi dinanzi ad una sindrome meningitica, senza alcuna altra malattia acuta in atto, e che colla prova suddetta che può fare ovunque e subito, trovi scomparsa delle sostanze riducenti, possa con certezza di far bene intraprendere immediatamente le iniezioni intrarachidee di siero specifico, per il cui buon effetto ogni ritardo è dannoso. Si potrà dire che il constatare l'opalescenza del liquido sia sufficiente per fare la diagnosi; ma a parte il reperto, invero non frequente, di liquidi torbidi senza meningite, può accadere, che, anche usando la tecnica più esatta si mescoli sangue al liquido e malgrado le manovre indicate in tali casi non si riesca ad aver liquido solo e non si riesca o non si possa fare altra puntura. Non bisogna essere molto corrivi nel credere di dover riuscire sempre colla massima facilità nelle punture spinali dei bambini nella pratica ed avere il liquido a volontà; crediamo, su ciò, mettere in guardia i medici giovani, perchè non si espongano, senza cautele, a delusioni specialmente quando si opera in presenza dei parenti. Quando qualche goccia di sangue si viene a mescolare al liquido, il criterio dell'opalescenza vien meno e sappiamo come molte altre reazioni non si possano più eseguire. Ora anche per ciò la reazione al solfato di rame crediamo meriti tutta la considerazione, poichè anche in liquidi torbidi per presenza di sangue, il reperto è stato tale da non dar luogo a dubbi.

Un altro quesito importante è dato dalle meningiti sierose o tossiche e dai tumori da un lato e dalle meningiti tubercolari dall'altro; il più accurato esame clinico può lasciare in dubbio; alla puntura il liquido viene a getto od a goccie, ravvicinate è limpido: la formazione del reticolo tarda di parecchie ore, e non è sempre patognomonica, il tasso dell'albumina, che può esser fatto approssimativamente anche senza l'aiuto degli appositi rachialbuminometri nulla ci dirà potendosi avere eguale reperto sia nel tumore, sia nella meningite ecc. La reazione al solfato di rame ci ha dato sempre riduzione abbondante nei tumori e meningiti sierose e riduzione sempre diminuita nelle forme tubercolari.

Nell'eseguire le ricerche la nostra attenzione fu richiamata sul cambiamento di colore, che alcune volte subiva il liquido a contatto del reattivo, anche senza essere sottoposto all'ebollizione. A tale fatto, non avendone trovato cenno anche nei lavori che trattano diffusamente del liquido cefalo-rachidiano, non demmo importanza nelle prime prove; ma ripetendosi costantemente in determinati casi e confrontando cogli altri reperti abbiamo creduto farlo noto perchè anche altri possa controllare. Su uno o due c.c. di liquido cerebro-spinale si mettono due o quattro goccie di soluzione A; il liquido s'intorbida più o meno: aggiungendo quattro o cinque goccie della soluzione B si rischiara prontamente, anche se il liquido fosse stato prima torbido per presenza di pus o di sangue; consiglio di operare su due provette una con acqua distillata, l'altro col liquido. Aggiunte come è detto le due soluzione, le due provette possono prendere identico colore celeste oppure quella del liquor cambiare in bleu con nuance ametista più o meno carico fino all'ametista intenso; abbiamo costantemente, in 52 liquidi esaminati, osservato questo fatto: i liquidi che prendono il colore celeste chiaro portati all'ebollizione dànno un abbondante precipitato giallo o giallo rossastro; i liquidi con nuance ametista danno minore precipitato che tende al giallo verdastro; i liquidi ametista intensificano tale colorito e non dànno alcun precipitato. I primi appartenevano a tumori, idrocefali e meningiti sierose, i secondi a meningiti tubercolari, i terzi a meningiti purulente. Causa di tale reazione, che sarebbe opposta a quella delle sostanze riducenti, cioè tanto più marcata per quanto sono minori le sostanze riducenti stesse, sono prodotti di disintegrazione albuminoidea (albuminose e peptoni). Abbiamo così con un solo reattivo due reperti uno a freddo l'altro a caldo che si completano e si controllano a vicenda, che ci hanno costantemente corrisposto e che per loro semplicità e praticità crediamo possano riuscire utili nella pratica pediatrica.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Un nuovo apparecchio per la toracentesi combinata e per il pneumotorace.

Dott. FRANCESCO ROSSI
assist. al Sanatorio C. R. I. Eremo di Lanzo.

Il più largo consenso che la cura delle pleuriti col pneumotorace artificiale ha ottenuto, ha dato origine in questi ultimi tempi ad una vasta letteratura al riguardo, corredata da numerosissime osservazioni che depongono concordemente per la bontà del metodo, il quale d'altra parte non trova più forti oppositori.

Non è mio intendimento fare anche solo un riassunto di quanto al riguardo fu scritto; chi desideri rendersene conto potrà consultare la magistrale trattazione che fin dal 1902 ne fece il Forlanini (*Gazzetta Medica Italiana*), nonchè i numerosi articoli che al riguardo continuamente compaiono sui vari periodici di medicina.

Mi limiterò ad osservare che è ritenuto questo il metodo più adatto per raggiungere la guarigione colle minori alterazioni anatomiche e funzionali possibili e merita perciò la più grande applicazione pratica. Senza entrare nel campo della eziologia delle pleuriti in rapporto colla tubercolosi, argomento molto discusso e non ancora chiarito, osserverò solamente come a chiunque si sia occupato, anche non profondamente, di tubercolosi polmonare non possa certamente essere sfuggita la frequenza con cui affezioni tubercolari del polmone si manifestano a distanza più o meno grande da una pleurite. Ora in tali casi, mentre un intervento pneumotoracico potrebbe dare le migliori probabilità di guarigione, il medico si trova troppo frequentemente nella impossibilità di agire in quel senso perchè incontra aderenze pleuriche oramai invincibili. Non pochi casi del genere occorsimi nella pratica mi obbligarono a rinunciare, malgrado ripetuti tentativi, alla speranza di costituire un pneumotorace terapeutico e mi consigliarono di cercare un apparecchio semplice, pratico, alla portata di tutti i medici che contribuisca a diffondere quel metodo di cura delle affezioni pleuriche che più di ogni altro permette di lasciare in seguito una via libera al miglior mezzo terapeutico che oggi possediamo contro la tubercolosi che eventualmente potesse in seguito, come frequentemente avviene, manifestarsi.

Accade purtroppo che, mentre molto si scrive sulla toracentesi combinata e con accordo che persino stupisce, nella pratica comune si vedano ancora troppi medici darsi attorno al pleuritico col Potain, preoccupati di evitare ogni entrata di aria nel cavo pleurico.

Nessuno, ch'io sappia, è venuto a portare un suffragio all'ipotesi di Kawahara, secondo la quale i saprofiti dell'aria possono esercitare una benefica azione sulla pleura infiammata: il meccanismo di azione è ancora oscuro, come oscura è la guarigione di certe peritoniti tubercolari in seguito ad una semplice laparotomia. Il Forlanini (op. citata) attribuisce la maggiore importanza al fattore meccanico; comunque, è certo, perchè dimostrato da numerosissime esperienze, che la toracentesi combinata, mentre permette un completo svuotamento del versamento (condizione indispensabile per una rapida e sicura guarigione) senza «segni di costrizione», diminuisce il dolore, accelera il processo di guarigione il quale si accompagna ad alterazioni anatomiche e funzionali degli organi interessati meno profonde di quanto non accada con altri metodi di cura.

Nelle pleuriti fibrinose, il pneumotorace, coll'allontanamento delle pleure, ne favorisce ed accelera la guarigione, fa cessare quasi immediatamente il dolore, sopprimendo il fattore meccanico, lo sfregamento dei foglietti, che ne è cagione. In due casi del genere che io sottoposi a tale trattamento ottenni un immediato scomparire del dolore e della febbre ed una ottima guarigione.

Convengo, in linea generale, con quanto scrive Graziadei (*Minerva Medica*, 1921), sulla non assoluta necessità di procedere alla filtrazione dell'aria adoperata; ritengo tuttavia tale operazione così semplice da non doversi tralasciare, per maggior cautela, quando si debba operare in ambienti ricchi di pulviscolo atmosferico: a tale scopo ho munito l'apparecchio di un filtro molto semplice, facilmente sterilizzabile alla fiamma.

Non vi sarà forse medico che, chiamato d'urgenza al detto di un tubercolotico colpito da grave *emottisi*, non si sia sentito quasi disarmato di fronte al male: attendere valido soccorso dai comuni mezzi fisico-chimici è certo eccessivo ottimismo. Un pneumotorace emostatico, se possibile, costituisce l'unica risorsa in cui il medico possa logicamente confidare. Può accadere però che al momento non si abbia disponibile l'apparecchio comune da pneumotorace, o perchè questo si trova presso un cliente, o perchè non vi è lì per lì una persona cui affidarne il trasporto.

Orbene l'apparecchio per toracentesi servirà in questo caso *meglio* di un comune apparec-

chio, mentre, per le dimensioni che lo rendono addirittura tascabile, permetterà al medico di non separarsi da esso.

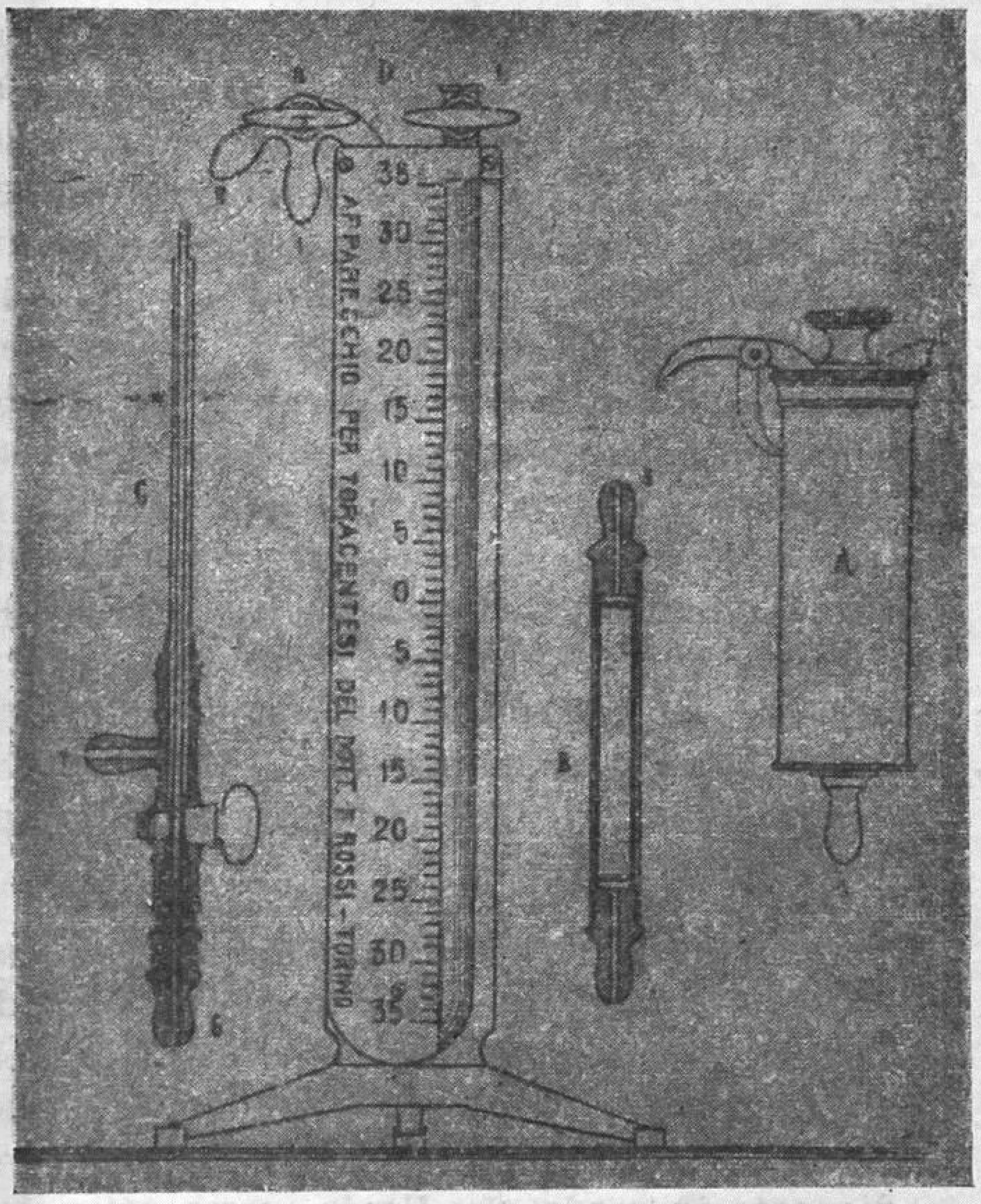
In casi urgenti come questi io credo sia dovere del medico, anche non famigliarizzato col pneumotorace terapeutico, cercare di intervenire immediatamente con tale sistema, allo scopo di evitare guai maggiori; libero poi di abbandonare i successivi rifornimenti, qualora non ritenga opportuno mantenere il pneumotorace.

L'apparecchio che ho ideato e fatto costruire per la toracentesi combinata non è destinato al medico che possieda già un comune apparecchio da pneumotorace. A questi potrà essere utilissimo come apparecchio per intervento di urgenza.

Per chi non fosse alieno dal servirsi dell'aria filtrata per i rifornimenti, anzichè dell'azoto, questo apparecchio per la poca fragilità, per le dimensioni ridottissime, per la indipendenza da altri apparecchi che forniscano il gas, per le utilissime indicazioni del manometro, il quale trovandosi continuamente inserito semplifica la manovra e registrando anche la pressione con cui il gas è introdotto rende impossibile oltrepassare la pressione prestabilita, costituisce un apparecchio di una semplicità e comodità considerevoli. Osserverò di sfuggita come la sostituzione dell'aria all'azoto comunemente usato non costituisce un grave inconveniente. Esperienze condotte in proposito mi hanno dimostrato che rifornimenti di azoto che decorrevano regolarmente a distanza di venti giorni, venivano avvicinati di circa cinque giorni se eseguiti con aria; ho pure osservato, con misurazioni dirette, che la pressione nel cavo pleurico diminuisce sensibilmente nei primi quattro a cinque giorni, mentre nei successivi il fatto è poco evidente. Ciò si spiega considerando che dell'aria introdotta soltanto l'ossigeno (20 %) viene assorbito, mentre nel cavo pleurico non rimane che azoto; nei casi di pneumotoraci di vecchia data l'assorbimento dell'ossigeno è anche più lento.

Per chi voglia attenersi ai rifornimenti coll'azoto ho in costruzione un nuovo apparecchio completamente in metallo, di dimensioni molto ridotte (cm. 10,5 × 23 × 7,5 = capacità 650 c.c.) pur esso ad indicazione manometrica continua, che verrò quanto prima illustrando.

L'apparecchio che passo a descivrere è destinato, come apparecchio da toracentesi combinata, a quei medici che non vogliano acquistare un comune apparecchio da pneumotorace; sia per la spesa, come per la difficoltà di trasporto e fragilità, o per la poca famigliarità colla sua manovra. Di più l'apparecchio Forlanini (il più usato) è ormai così conosciuto anche nella sua cassetta, e notato per il suo volume, che non riesce possibile entrare in sua compagnia in una casa senza che tutto il vicinato, a cominciare dalla portinaia, facciano immediatamente la diagnosi ed i commenti del caso.



L'apparecchio si compone di: 1) Una pompa A — 2) Un filtro B — 3) Un trequarti C — 4) Un apparato manometrico D e delle tubazioni in gomma.

La Pompa, premente, è costrutta in modo da poter essere azionata con una sola mano; lo stantuffo viene respinto da una molla situata nel cilindro, ed una valvola semplice, facilmente aggredibile, situata nell'oliva (3) impedisce il riflusso dell'aria. Il volume di ogni pompata è di 25 c.c.

Il Filtro, completamente metallico, è costituito da due olive avvitate ai due capi di un tubetto, internamente al quale sta un altro tubetto di rame, a pareti sottili, ripieno di lana di amianto. Questo tubo può essere facilmente estratto ed arroventato col suo contenuto sopra una fiamma e quindi sicuramente sterilizzato.

Il Trequarti è quello comunemente annesso all'apparecchio del Potain e può, volendo, portare cannule di diverso diametro a seconda

della natura del versamento da svuotare. Lo stiletto può essere sostituito colla cannula (6) del diametro di circa 1 mm.

Il Manometro è costituito da un tubo di vetro, foggiato ad « U » fissato ad un supporto metallico e terminante con una branca in un robinetto (b) destinato soltanto ad evitare, colla sua chiusura, lo spandimento del liquido manometrico quando l'apparecchio viene trasportato in posizione orizzontale. L'altra branca termina con un robinetto a tre vie (a) che riunisce le olive (1) e (2) al manometro: questa branca è coperta da una scala che segna le pressioni positive (in alto) fino a + 35 e le negative (in basso) fino a — 35: i valori corrispondono a centimetri di acqua. Il liquido manometrico è bromoformio, colorato con verde malachite. Per la sua notevole densità il bromoformio permette di ridurre considerevolmente la lunghezza del manometro e quindi le dimensioni dell'apparecchio, esso non sporca il vetro e, per quanto le escursioni siano ridotte, sullo sfondo bianco ne è distintissima la lettura e facile il rilievo dei più piccoli spostamenti del menisco.

Disposizione e procedimento per la toracentesi. La pompa è raccordata mediante tubo di gomma col filtro, e questo coll'oliva (1). Nell'inserire il filtro, qualora esso non sia stato sterilizzato in precedenza, osservare che venga disposto in modo che l'aria segua attraverso ad esso la direzione della freccia segnatavi sopra; in caso contrario si corre rischio di introdurre il pulviscolo precedentemente trattenuto dal filtro. Un altro tubo di gomma unisce l'oliva (2) colla cannula (6). Il robinetto a tre vie (a) può essere disposto in modo da stabilire contemporaneamente le tre comunicazioni (T) come nel disegno. Il robinetto (b) *deve essere aperto.*

Introdotto il *trequarti*, munito del proprio stiletto, nel punto più declive del versamento, si sostituisce lo stiletto colla cannula (6) innestata al tubo di gomma che va al manometro. In tali condizioni ad ogni pompata 25 c.c. di aria vengono spinti, attraverso al filtro, al robinetto (a): di qui la pressione si trasmette alla colonna manometrica che la registra, mentre l'aria passando per la cannula (6) e gorgogliando attraverso il versamento, si raccoglie al disopra di esso. La pressione va così aumentando lievemente nel cavo pleurico ed il deflusso del versamento è notevolmente agevolato, mentre il liquido che esce viene sostituito con eguale volume di aria in modo che la pressione interna abbia a subire le minori variazioni possibili. Ciò sarà facile se il liquido che esce da (7) verrà raccolto in vaso graduato e ad ogni 25 c.c. di esso si introdurrà una pompata di aria. Allo stesso scopo si può giungere, osservando il comportamento del manometro durante l'introduzione dell'aria e arrestandosi quando la pressione tendesse a salire in confronto a quella raggiunta colle prime pompate: infatti quando la pompa agisce, il manometro indica la pressione sotto la quale l'aria viene introdotta, pressione che, naturalmente, aumenta col crescere della pressione interna. È utile perciò tener conto, fin dal principio, di tale valore e mantenerlo costante il più possibile durante lo svuotamento. Quando la pompa non agisce, il manometro dovrebbe segnare le oscillazioni della pressione esistente fra le due pleure; è noto però come la presenza di un versamento di una certa entità riduca al minimo i movimenti respiratori dell'emitorace interessato; non stupisce quindi se le escursioni manometriche, quando pure sono evidenti, sono estremamente pigre: ciò dipende anche dal fatto che lo spazio pleurico si trova già in comunicazione coll'esterno mediante il tubo (7) e quindi tende a mettersi in equilibrio colla pressione atmosferica e che l'ago (6) si trova immerso nel versamento per cui le variazioni di pressione debbono venire trasmesse attraverso il medesimo e saranno quindi tanto più ridotte quanto più denso sarà il versamento stesso.

Continuando l'introduzione dell'aria, lo svuotamento si farà più o meno rapidamente a seconda della natura del versamento, attraverso lo spazio che rimane fra la cannula (6) e quella del *trequarti*. La pratica mi ha dimostrato che tale spazio è sufficiente e che non occorre ricorrere a pressioni elevate per sollecitare il passaggio attraverso di esso dei versamenti più densi. Si continuerà ad agire dolcemente sulla pompa (regolandosi, come ho detto, dal manometro o dalla quantità di liquido uscito) fino a che l'aria gorgoglierà attraverso il tubo (7) di deflusso. Chi voglia attenersi alle indicazioni di Kawahara, il quale attribuisce grande importanza all'azione dei saprofiti dell'aria, potrà continuarne l'introduzione rinnovandola nello spazio pleurico in modo da farne « la lavatura ». Abbandonata la pompa, si permetterà alla pressione pleurica di mettersi in equilibrio coll'esterno attraverso il tubo (7): quindi, tenendo questo compresso, si introdurrà una quantità di aria uguale circa ad una *terza parte* del liquido estratto, ma sopratutto regolandosi sulle indicazioni del manometro.

A questo punto non rimane che estrarre il *trequarti* e l'operazione è terminata.

Questo è il procedimento più semplice, consigliabile al medico che si trovi privo di qualsiasi assistenza o quando non voglia sottoporre il paziente contemporaneamente a due punture. In altri casi sarà più conveniente servirsi anzichè della cannula (6), del comune ago da pneumotorace, annesso all'apparecchio, ed infiggerlo, dopo innestato al tubo di gomma e passato alla fiamma, qualche centimetro al disopra del livello del versamento. Trovandosi in questo punto il polmone allontanato dalla parete toracica, sarà facile raggiungere lo spazio pleurico senza penetrare nel polmone stesso, e non trovandosi l'ago impegnato nel versamento, le indicazioni del manometro saranno più pronte: nel resto la tecnica è quella già descritta.

Disposizione e procedimento per il Pneumotorace. Innestato al tubo di gomma in connessione coll'oliva (2) l'annesso ago dà pneumotorace, lo si passa alla fiamma e si osserva che il robinetto (b) sia aperto, poi si gira quello (a) in modo da stabilire soltanto la comunicazione fra l'ago ed il manometro (L), escludendo la pompa. Si infigga l'ago cercando, sotto il controllo manometrico lo spazio pleurico; tenendo presente che le pressioni negative sono segnate in basso. Occorrendo, si potrà ricorrere alla spremitura del tubo. Quando il manometro annunzierà chiaramente che si è raggiunto tale spazio, girare il rubinetto a tre vie in modo da avere contemporaneamente le tre comunicazioni (T). Da tale istante non occorrerà più manovrare alcuna chiavetta, ma basterà far agire dolcemente la pompa, contando il numero delle pompate (25 c.c.) per conoscere il volume dell'aria insufflata. Tenere presente che *mentre la pompa agisce il manometro indica la pressione sotto cui il gaz viene introdotto, e che appena la pompa cessa di agire il manometro dà automaticamente (senza bisogno di manovrare la chiavetta)* (a) *le oscillazioni della pressione nel cavo pleurico.* Non accadrà mai così di sorpassare involontariamente la pressione prestabilita e dover ricorrere in seguito ad un'aspirazione del gas.

Costituito così il pneumotorace emostatico, sarà poi agevole mantenerlo, valendosi con comodità di altro apparecchio, qualora si preferisca l'impiego dell'azoto.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il valore diagnostico dei riflessi per la localizzazione delle lesioni midollari.

(LEVY-VALENSI. *Paris Médical*, n. 27, 29, 1922).

Il riflesso praticamente è una contrazione muscolare determinata da una eccitazione periferica. L'eccitazione segue il nervo sensitivo, raggiunge il corno posteriore, quello anteriore ed infine il nervo motore ed il muscolo.

A seconda che l'eccitazione colpisce le terminazioni sensitive tendinee, periostee o cutanee, i riflessi si chiamano *tendinei*, *periostei* e *cutanei*. A questi riflessi bisogna aggiungere le *sincinesie* ed i *riflessi di difesa*, fenomeni della stessa natura, ma un po' più complessi.

I *riflessi tendinei* e *periostei* presso che costanti in tutti gli individui normali possono presentare alterazioni in riguardo alla loro *intensità* e *qualità*.

Per quel che riguarda la intensità essi possono essere *normali*, *esagerati*, *indeboliti*, *aboliti* o *invertiti*.

Per quel che riguarda la qualità si può notare nei riflessi tendinei e periostei la *spasmodicità*, la *diffusione*, la *inversione*.

Quando in un individuo normale si ricerca il riflesso stringendo nella mano la massa del muscolo, si sente questo gonfiarsi e dare alla mano una sensazione di pienezza elastica, che dura quanto la contrazione. Negli spastici (lesioni piramidali) la scossa è più brusca, la sensazione ha qualche cosa di ligneo, oppure si avverte non una contrazione unica, ma una serie di contrazioni ritmiche, fenomeno che raggiunge un carattere deciso e netto nel clono della rotula o del piede.

La *diffusione* del riflesso non è che l'accentuazione del fenomeno normale: ogni eccitazione si diffonde a gruppi muscolari più o meno lontani; negli spastici la diffusione è più grande.

La *inversione* è una conseguenza della diffusione, quando il riflesso ricercato è abolito: si manifesta la contrazione degli antagonisti dei muscoli che si contraggono nel riflesso normale.

Perchè un riflesso sia normale è necessario non solo che l'arco corrispondente sia indenne, ma è indispensabile anche l'integrità dei centri soprastanti e delle loro connessioni, della via piramidale in particolare.

Di solito ogni lesione del nervo sensitivo, delle radici posteriore ed anteriore e del nervo motore diminuisce o abolisce il riflesso cor-

rispondente. Fa eccezione a questa regola la esagerazione dei riflessi all'inizio dei processi nevritici.

In generale le lesioni del fascio piramidale cerebrale, peduncolare, pontino, bulbare e midollare si traducono in principio con l'abolizione (shock, diaschisi) e più tardi con l'esagerazione dei riflessi tendinei e periostei. In fatto di lesioni midollari, dissipatosi lo shock, l'abolizione o diminuzione persistente indica una lesione *in situ* in rapporto al processo esplorato, mentre l'esagerazione del riflesso indica una lesione soprastante a centro del riflesso stesso.

Al riguardo i riflessi tendinei e periostei si possono distinguere in *cervicali, dorsali, lombari* e *sacrali.*

1. I riflessi *cervicali* più importanti sono quattro: *bicipitale, stilo-radiale, tricipitale, cubito-pronatore.*

Il *tendineo bicipitale* (percussione del bicipite alla piega del gomito, flessione dell'avambraccio) è il riflesso del quarto, quinto e sesto segmento cervicale.

Il *periosteo stilo-radiale* (percussione della estremità inferiore del radio, flessione dello avambraccio e delle dita) è il riflesso del quinto e sesto segmento cervicale: quando questo centro è distrutto si può avere l'inversione o meglio la dissociazione del riflesso con la flessione isolata delle dita.

Il *tendineo tricipitale* (percussione del tendine olecranico del tricipite, estensione dell'avambraccio) è il riflesso del sesto, settimo ed ottavo segmento cervicale: nella distruzione di questo centro si può avere l'inversione quando il centro del bicipitale è indenne.

Il *periosteo cubito-pronatore* (percussione dell'estremità inferiore del cubito, pronazione della mano) è il riflesso del sesto, settimo ed ottavo segmento cervicale.

2. I *riflessi dorsali* non hanno alcuna importanza pratica, perchè, salvo quello dell'omoplota ed in parte quello cubito-pronatore, la regione dorsale non contiene centri di riflessi tendinei e periostei degni di attenzione.

3. I *riflessi lombari* più importanti sono quelli degli *adduttori* ed il *rotuleo.*

Il *periosteo degli adduttori* (percussione del condilo interno del femore o della faccia interna della tibia, adduzione della coscia) è il riflesso del secondo, terzo e quarto segmento lombare.

Il *tendineo rotuleo* (percussione del tendine rotuleo, estensione della gamba) è il riflesso del secondo, terzo e quarto segmento lombare.

4. I *riflessi sacrali* più importanti sono l'achilleo ed il riflesso Mendel-Bechterew.

Il *tendineo achilleo* (percussione del tendine di Achille, flessione plantare del piede) è il riflesso del quinto segmento lombare e del primo e secondo sacrale.

Il *riflesso di Mendel-Bechterew* (percussione al dorso del piede in corrispondenza della regione cuboidea, estensione delle quattro ultime dita) è un riflesso la cui localizzazione probabile sta nel primo e secondo segmento sacrale.

Parecchi autori sostengono che i *riflessi cutanei* abbiano una localizzazione superiore, la esperienza di guerra sembra invece abbia confermata l'opinione, sostenuta da Dejerine, che essi abbiano una localizzazione midollare.

Anche i riflessi cutanei possono presentarsi *normali, esagerati, diminuiti, aboliti* o *invertiti* e rispetto alla localizzazione *cervicali, dorsali, lombari* e *sacrali.*

1. I *riflessi cervicali* (*scapolare* e *palmare*) non hanno alcun interesse pratico.

2. I *riflessi dorsali* più importanti sono gli *addominali* (eccitazione della pelle dell'addome, contrazione della corrispondente zona della parete addominale); si distinguono in *superiore, medio* ed *inferiore.*

L'*addominale superiore* o *epigastrico* è il riflesso del sesto e settimo segmento dorsale; il *medio* dell'ottavo e nono segmento dorsale; l'*inferiore* del decimo, undecimo e dodicesimo segmento dorsale.

3. Il *riflesso lombare* più importante è il *cremasterico* (eccitazione della faccia interna della coscia, ascensione del *testicolo*) è il riflesso del primo e secondo segmento lombare.

4. I *riflessi sacrali* sono il *plantare,* il *bulbocavernoso* e l'*anale.*

Il *riflesso plantare* (eccitazione della pianta del piede, flessione delle dita, dell'alluce in particolare) è il riflesso del quinto segmento lombare e del primo e secondo sacrale. Il riflesso invertito (fenomeno di Babinski) è un segno importante per la diagnosi di lesione del fascio piramidale. Lo stesso fenomeno può ottenersi con la manovra di Oppenheim (frizione della massa muscolare anteriore della gamba e della faccia interna della tibia), con la manovra di Gordon (pressione dei gemelli), con la manovra di Scaefer (pressione del tendine di Achille).

Il *riflesso bulbo-cavernoso* (eccitazione del glande, contrazione dei muscoli bulbo-cavernosi con ritirata dell'asta) è il riflesso del terzo segmento sacrale.

Il *riflesso anale* (eccitazione della pelle al margine dell'ano, contrazione dello sfintere anale) è il riflesso del quinto e sesto segmento sacrale.

Riassunto della topografia midollare dei riflessi tendinei, periostei e cutanei:

Riflessi cervicali: 5° segmento: bicipitale; 6° segmento: stilo radiale: 7° segmento: tricipitale; 8° segmento: cubito-pronatore.

Riflessi dorsali: 6°-7° segmento: addominale superiore; 8°-9° segmento: addominale medio; 10°-11°-12° segmento: addominale superiore.

Riflessi lombari: 1° segmento: cremasterico; 2° segmento: periosteo degli adduttori; 3° segmento: rotuleo.

Riflessi sacrali: 1° segmento: achilleo; 2° segmento: plantare e cuboideo; 3° segmento: bulbo-cavernoso; 5°-6° segmento: anale.

Le *sincinesie* sono movimenti associati, sintomi di una lesione più o meno avanzata del sistema piramidale. Questi movimenti si verificano nella parte paralizzata in seguito a movimenti attivi della parte stessa o di parti lontane. Possono essere *globali* quando non sono altro che un'esagerazione della contrattura; *imitative* quando l'arto paralizzato riproduce un movimento eseguito dall'arto sano; *coordinate* o *coniugate* quando il movimento di un arto paretico non può eseguirsi senza l'azione coordinata di altri segmenti; *antagoniste* quando nei movimenti attivi di un arto paretico entrano in giuoco esageratamente i muscoli antagonisti.

I *riflessi di difesa* sono una specie di sincinesia. In un arto paralizzato per lesione del fascio piramidale un'eccitazione cutanea, superficiale o profonda, può determinare la ritirata dell'arto. In casi di compressione del midollo, la ricerca del riflesso di difesa ha permesso a Babinski e Jarkowski di precisare il limite inferiore della lesione. Questo limite corrisponde alla linea sulla quale l'eccitazione della pelle non provoca più il riflesso; il limite superiore è segnato dalla ricomparsa della sensibilità.

Il *riflesso pilo-motore* consiste nella erezione dei peli o dei follicoli piliferi (pelle d'oca) in seguito ad un'eccitazione periferica (freddo, caldo, solletico, puntura, elettricità, ecc). È un fenomeno nel quale entra in giuoco il simpatico, che, come è noto, parte dal corno laterale tra l'ottavo segmento cervicale ed il terzo lombare. Tutte le lesioni midollari comprese entro questi limiti possono provocare disturbi del riflesso pilo-motore; le lesioni localizzate oltre questi limiti lasciano integro il riflesso.

Dr.

FISIOPATOLOGIA.

La fisiopatologia della gotta.

(LABBÉ. *Annales de Médecine*, agosto 1922).

Fischer ha definitivamente stabilito che l'acido urico deriva dalla degradazione delle nucleo-albumine. Il nucleo albumina si separa dal nucleo nucleico ed il metabolismo dell'acido nucleico finisce per mettere in libertà basi xantiche, l'adenina e la guanina, che si trasformano per idratazione in ipoxantina e xantina, le quali ultime danno per ossidazione l'acido urico. La trasformazione va ancora più lontano ed una parte dell'acido urico si trasforma per ossidazione ed idratazione in allantoina.

Il metabolismo delle nucleo-albumine nell'organismo avviene per azione di fermenti cellulari che si trovano nei diversi organi. Esperienze di varî autori hanno dimostrato la esistenza di una nucleasi che sdoppia le nucleo-albumine, di disamidasi (adenasi e guanasi) che determinano l'idrolisi dell'adenina e della guanina con produzione di ipoxantina e xantina, di una xantinossidasi che ossida le purine e forma acido urico, e d'una uricasi che distrugge l'acido urico e forma l'allantoina.

Questi fermenti si trovano sopratutto nel fegato, ma anche nella milza, nei polmoni, nei reni e nei muscoli.

Per dimostrare la presenza di questi fermenti basta fa digerire a 40° delle nucleine con poltiglia di organi freschi o con estratti acquosi di organi. Si constaterà così che i suddetti fermenti non si trovano in tutte le specie animali: conseguentemente il risultato finale del metabolismo purico non è il medesimo in tutti gli animali. In generale i mammiferi, bue, cane, scimmia etc., contengono tutti i fermenti purici, compresa l'uricasi, per modo che il metabolismo sorpassa l'acido urico e giunge all'allantoina. Nell'uomo l'uricasi manca ed il termine ultimo del metabolismo è l'acido urico.

Quantunque il metabolismo delle nucleo-albumine possa effettuarsi in tutti i tessuti ed in tutti gli umori dell'organismo, tuttavia è nel fegato che si compie principalmente. E' nella polpa epatica che si trova la più grande quantità di fermenti cellulari che intervengono nello sdoppiamento delle nucleo-albumine.

Le purine eliminate dall'organismo con le urine hanno una doppia origine: dalla trasformazione delle nucleo-albumine alimentari e dalla distruzione delle nucleo-albumine dei tessuti (acido urico esogeno ed endogeno).

L'acido urico esogeno varia in rapporto alle nucleo-albumine ingerite; con pasti ricchi di nucleo-albumine, come la carne e sopra tutto

i visceri animali ed in primo luogo il timo di vitello, si ottiene una forte escrezione di acido urico; con alimenti poveri di nucleo-albumine, come il latte, le uova e la maggior parte dei vegetali si abbassa la quantità dell'acido urico esogeno ed in capo a qualche tempo lo si può ridurre a zero.

L'acido urico endogeno è indipendente dal regime alimentare; la proporzione dei grassi, degli idrati di carbonio ed anche delle albumine semplici nei pasti non lo fa variare; non v'ha alcun rapporto tra azoto ureico ed azoto purico. Tuttavia questa dipendenza non è assoluta: il genere dell'alimentazione influisce benchè in misura minima su l'escrezione dell'acido urico endogeno.

Il tasso dell'acido urico può variare da un giorno all'altro. Anche allo stato normale v'è una tendenza alla ritenzione delle purine e ad irregolarità nell'escrezione.

Nella gotta e nella litiasi urica il metabolismo delle nucleo-albumine è profondamente disturbato.

Al momento delle crisi di gotta le analisi delle urine mettono in evidenza: una ritenzione urica nel periodo del malessere generale, che precede la crisi, una scarica urica accompagnata da un senso di benessere al momento della guarigione.

Nell'intervallo delle crisi il disturbo del metabolismo si manifesta con difetto di eliminazione dell'acido urico endogeno ed esogeno, con difetto di ossidazione delle purine, e con l'uricemia.

Questi postulati sono stati confermati da numerosi lavori sperimentali su individui sani e gottosi. L'A. ha sperimentato con la ingestione di carne: l'escrezione dell'acido urico provocata dalla ingestione della carne è in modo costante diminuita nei gottosi; il più delle volte l'escrezione purica è minore dopo la ingestione della carne che il giorno precedente, talora anche annullata; sembra che le purine chiudano il rene dei gottosi.

Questa tendenza alla ritenzione è la esagerazione di ciò che si produce rudimentalmente negli individui sani e di ciò che si può verificare negli obesi, nei nefritici e nei diabetici. Essa è tanto costante da potere essere utilizzata per la diagnosi differenziale tra gotta e reumatismo cronico.

La ritenzione dell'acido urico nei gottosi messa in evidenza dal bilancio urinario conduce ad un accumulo di acido urico negli umori, conduce all'uricemia. Tutti gli autori, che hanno proceduto ad esami ponderali dell'acido urico nel sangue con metodi sempre più esatti, sono di accordo nel ritenere che esiste uricemia nella gotta e nella litiasi renale.

Il meccanismo dell'uricemia è stato spiegato in diversi modi.

Bouchard aveva pensato ad un eccesso di formazione di acido urico; si scriveva allora che l'acido urico si trovava in eccesso nell'urina dei gottosi. Oggi sappiamo che nulla v'è di vero in tutto ciò. All'infuori della scarica urica che termina la crisi gottosa, all'infuori dell'accesso di acido urico che si trova nelle urine dei forti mangiatori di carne, che forse diventeranno gottosi ma che non lo sono ancora, le analisi delle urine e le esperienze di eliminazione dimostrano al contrario una piccola quantità d'acido urico nei gottosi.

Schittenhelm ha emesso più recentemente la ipotesi di una insufficiente distruzione di acido urico. In effetti sembra che vi sia nei gottosi un rallentamento del metabolismo purico, ma conviene considerare che l'acido urico nell'uomo è il termine ultimo della degradazione delle nucleo-albumine e non essendo capace di trasformarsi in urea se non in piccolissima quantità, non si comprende come la insufficienza dell'urocolisi possa spiegare la produzione della gotta.

Anticamente Garrod aveva ammessa una ritenzione urica causata dalla nefrite. In effetti questa lesione è frequente nei gottosi, ma quantunque precoce non precede gli accessi di gotta. D'altra parte è stato anche dimostrato che l'uricemia è presso che costante nei nefritici, senza che perciò si abbiano manifestazioni gottose.

In questi ultimi anni la ritenzione dell'acido urico nell'organismo è stata attribuita ad un difetto della sua solubilità. L'acido urico e gli urati sono effettivamente poco solubili; si ammette che sono mantenuti in soluzione per la loro combinazione con altra sostanza anch'essa derivata dal metabolismo delle nucleo-albumine, l'acido nucleico secondo Minkowski, l'acido timico secondo Schmoll. Gudzent ritiene che l'urato di soda si presenta sotto due forme isomere, il lactame ed il lactime, quest'ultimo molto meno solubile del primo; per modo che la prevalenza del lactime sul lactame, spiegherebbe la tendenza alla ritenzione ed il difetto di eliminazione dell'acido urico nei gottosi.

Allo stato dei fatti quel che può affermarsi si è che l'urato acido di sodio, forma sotto la quale l'acido urico si trova nel sangue, è poco solubile e facilmente precipitabile sopra tutto nel siero di sangue in confronto dell'acqua, forse a causa della presenza di una grande quan-

tità di ioni Na nelle urine, e che la sua solubilità è influenzata da certe condizioni fisiche e chimiche ancora indeterminate.

Senza che si possa ammettere come definitiva la teoria del difetto della solubilizzazione dell'acido urico nel sangue dei gottosi appare oggi la più soddisfacente; questa teoria è stata l'istigatrice della terapia intesa a disciogliere l'acido urico per favorirne la eliminazione.

Una delle caratteristiche anatomo-patologiche della gotta è la formazione di concrezioni uratiche nelle cartilagini e nel tessuto congiuntivo. L'esperimento senza dar ragione di questa localizzazione elettiva, ha dimostrato l'affinità dell'acido urico per i detti tessuti. Le esperienze di Van Loghem poi fanno pensare che la fissazione degli urati sulla cartilagine dipende dalla ricchezza di questo tessuto in sali di sodio, il che favorirebbe la loro precipitazione.

Dunque l'uricemia dovuta alla ritenzione d'acido urico è la condizione essenziale della gotta, ma oltre a ciò perchè questa si verifichi è necessaria la tendenza alla precipitazione dell'acido urico ed alla sua accumulazione nelle cartilagini e nel connettivo. La crisi di gotta sembra essere una crisi di precipitazione urica dovuta ad una brusca variazione dello stato colloidale degli umori. La ritenzione dell'acido urico non dipende da una banale impermeabilità dei reni. La ritenzione e la precipitazione urica sono senza dubbio la conseguenza di uno stesso disturbo chimico, di una stessa anomalia dell'acido urico che si presenta sotto una forma poco solubile o che non trova negli umori la sostanza capace di aiutarne la soluzione.

DR.

TERAPIA.

La proteinoterapia.

Katzenelbogen, della Clinica Medica di Ginevra, nella *Revue Médicale de la Suisse Romande*, dell'agosto 1922, espone lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla Proteinoterapia, che, insieme alla Colloidoterapia, è divenuta argomento di studio e di gran moda, specie ora che le concezioni colloidochimiche hanno preso grande importanza per spiegare i fenomeni patologici con la dimostrazione di alterazioni non solo chimiche, ma anche fisiche del mezzo colloidale.

Era naturale che la terapeutica, che sempre segue i progressi della Patologia Generale, si arricchisse di un metodo basato sugli effetti curativi prodotti dalle modificazioni dello stato fisico del plasma sanguigno.

In origine col nome di Proteinoterapia si intese indicare l'uso terapeutico di sostanze albuminoidee estranee all'organismo. Ora però che con unicità di intento ed identicità di effetti si somministrano le sostanze più svariate, non solo proteiniche, ma anche lipoidee e cristalloidee (peptone, latte, siero di latte, caseina, ovoalbumina, derivati jodici, bleu di metilene, carbone colloidale, trementina, sali in soluzione ipo-iper-isotonica) il nome di Proteinoterapia non risponde più con esattezza al metodo: però nessuna nuova denominazione ha con fortuna sostituita la prima.

Circa l'*origine* si sa che fin dal XVII secolo in Inghilterra, forse come equivalente delle attuali trasfusioni di sangue, si fecero delle iniezioni intravenose di latte, ma caddero subito in discredito e poi in oblio per gli avvenuti accidenti di embolia grassosa.

Le vere origini della terapia-proteinica si confondono con quelle della Eterovaccinoterapia. Infatti l'azione della Eterovaccinoterapia non è dovuta alla presenza di anticorpi specifici, ma a quella di una proteina estranea all'organismo (antigene proteinico di Nolf), non specifica: e si noti bene che il carattere più spiccato della Proteinoterapia è appunto *la sua non specificità*.

Per spiegare il suo *meccanismo di azione* le ipotesi non mancano. E corrispondono a due concetti differenti. Secondo gli autori francesi ed il Sachs gli effetti curativi sono dovuti ad una *azione fisica*, che modifica lo stato colloidale degli umori. Secondo la scuola tedesca, Weichard a capo, il fenomeno principale è un'azione *fisico-chimica*: le azioni che si svolgono nel mezzo collidale sono secondarie o consecutive alla esaltazione della attività cellulare che rappresenta sempre la parte principale. Secondo Rosenthal ed Holzer le modificazioni fisiche della struttura colloidale sono prodotte da una ipereccitabilità del simpatico determinata dalla introduzione di proteine.

Widal ed i suoi allievi credono che l'azione delle proteine sia di due ordini: nelle malattie a tendenza emorragica (emofilia, emoglobinuria parossistica, porpora) o nella profilassi degli choc anafilattici la proteino-terapia agisce *consolidando* l'alterato equilibrio colloidale: invece nelle malattie infettive tale equilibrio viene *perturbato* mediante la provocazione di uno choc.

Secondo Sachs questo perturbamento è facilitato dalla labilità che presenta l'elemento colloidale nelle malattie infettive: e l'attivazione protoplasmatica del Weichard non è che la conseguenza delle modificazioni biochimiche primarie.

Lo Starkenstein ed il Weichard spiegano l'azione egualmente benefica dei cristalloidi per la attività proteinica di corpi propri dell'organismo messi in libertà e denaturati dalle sostanze iniettate.

La *reazione* che segue alla terapia proteinica varia secondo la via d'introduzione e secondo la malattia per la quale si usa: è violenta la via endovenosa, meno la endomuscolare e la sottocutanea: è intensa nelle malattie del sangue, nelle malattie infettive e nella tubercolosi, minore o nulla nei cancerosi, o negli individui normali.

È caratterizzata da febbre più o meno elevata, che può durare anche 2-3 giorni, con brividi, sudore, sonnolenza o ipereccitabilità.

È costante dopo le iniezioni di latte, un senso di euforia che segue la caduta della temperatura.

Qualche volta si hanno dei fenomeni anafilattici che si possono evitare preferendo la via endomuscolare, pari in efficacia all'endovenosa.

In caso di ipotensione Nolf consiglia l'uso preventivo o associato di adrenalina.

Nei cardiaci, specie se con miocardio compromesso, la Proteinoterapia è controindicata.

Le *dosi* del medicamento hanno grande importanza, perchè le troppo deboli hanno un'azione nulla sui processi vitali; le dosi medie li accelerano, le forti li rallentano, le fortissime li sopprimono. Bisogna iniziare la cura con dosi deboli e saggiando si trova la dose giusta che varia secondo l'individuo, la natura e la fase della malattia.

Isacson nei processi acuti raccomanda dosi deboli progressivamente crescenti (da cc. 0,50 a cc. 2,50 di caseosan). Negli stati cronici consiglia una dose iniziale media per provocare una reazione generale e poi prosegue con dosi deboli.

Zimmer, dopo larga esperienza su 800 casi di affezioni articolari, ha osservato che ogni piccola dose basta a riacutizzare un processo cronico (0.10 di caseina al 5 %) e raccomanda dosi forti nelle forme acute (cc. 5-10-15 di caseosan).

Munk impiega indifferentemente nelle forme acute o croniche 3-4 cc. di caseosan per via endovenosa.

Nolf fa iniezioni endovenose con dosi medie di 10 cc. di Peptone al 10 %, diminuendolo man mano che il malato migliora.

Per il latte la dose è di 5-10 cc.

Fra un'iniezione e l'altra è di regola un intervallo di 2-4 giorni.

Circa la via di introduzione, è preferibile alternare l'intramuscolare con la endovenosa.

L'osservazione clinica della influenza benefica che alle volte alcune infezioni acute intercorrenti esercitano sul decorso della malattia principale, e l'analogia fra sindrome infettiva e sindrome proteinica, spinsero ad usare la proteinoterapia su larga scala, e veramente in molte malattie si ebbero i risultati che si desideravano (stati emorragici, gonorrea, neoplasmi, tubercolosi grave, melitense, affezioni cutanee, artriti, flemmoni, settico-piemie, ecc.). A parte gli insuccessi passati sotto silenzio, e senza esagerarne il valore, i risultati ottenuti dimostrano l'importanza del metodo ed incoraggiano a proseguirlo.

Circa il medicamento da usare non c'è che da vincere l'imbarazzo della scelta. Però è da preferirsi l'uso delle proteine a quello dei cristalloidi.

L'A. della rivista si pone infine il quesito se la proteinoterapia può rimpiazzare la vaccinoterapia e la sieroterapia specifica.

Il quesito non è risolvibile per la mancanza di ricerche comparative fra l'azione delle proteine e quella dei vaccini e sieri specifici.

Certo è però che mentre le proteine aspecifiche, funzionando come antigeni, provocano reazione di difese per formazione di anticorpi, con i sieri e vaccini specifici si ha un massimo di azione immunizzante per l'introduzione contemporanea di proteine e di antigeni multipli.

Perciò si consiglia il trattamento specifico quando si può avere un vaccino ben dosato, e si ricorre alle proteine nelle infezioni a germe sconosciuto, o quando si vogliono azioni non molto violente, come nelle intossicazioni gravi, o negli organismi ipersensibili.

Per finire, alla luce delle nostre conoscenze sulla proteinoterapia, è interessante esaminare le relazioni che passano fra questa e la *colloidoterapia*. Secondo l'A. i metalli ed i metalloidi colloidali da una parte agiscono come i cristalloidi, e dall'altra agiscono per effetto del loro contenuto in proteine che per necessità di fabbricazione vengono aggiunte ai colloidi naturali per stabilizzarli (gomma, albumina, gelatina).

Questa considerazione ci fa domandare se il peptone, la caseina ed anche il modesto latte bollito non siano destinati a rimpiazzare in terapia i metalli colloidali, anche i più costosi, come l'oro ed il platino.

Persia.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

E. PAPARCONE. *Il tracoma e sue complicazioni.* Milano, 1922. Società Editrice Libraria. — Prezzo L. 45.

Questa pubblicazione, compilata dietro consiglio del prof. Cirincione, colma una lacuna nella letteratura oftalmologica italiana e mette il lettore in condizioni di formarsi un concetto completo di tutti gli studi esistenti su questa importante malattia, considerata sotto i più svariati aspetti.

Il libro è diviso in dodici capitoli:

1° Storia. 2° Distribuzione geografica. 3° Sintomatologia. 4° Decorso. 5° Complicazioni. 6° Postumi ed esiti del tracoma. 7° Diagnosi. 8° Prognosi. 9° Anatomia patologica. 10° Eziologia. 11° Profilassi. 12° Cura.

Segue infine una ricchissima appendice bibliografica che si può considerare completa.

Dei vari capitoli uno dei più interessanti è quello che riguarda la storia del tracoma, in cui sono riportate le più antiche notizie sulla malattia con una documentazione scrupolosa e completa.

Tutta la parte clinica, anatomo-patologica ed etiologica è trattata dall'autore con originalità e competenza, e costituisce una sintesi critica di tutto ciò che esiste nella letteratura, spogliato di quanto sa ancora di empirismo o d'ipotesi insostenibili. Tale capitolo è arricchito da un interessante contributo personale con preparati originali scelti nella ricca collezione della R. Clinica Oculistica di Roma.

Merita infine rilievo il capitolo della cura (medica e chirurgica) nel quale sono riportati e sottoposti a spassionata critica i metodi delle varie scuole oculistiche.

Per la sua obbiettività, per la ricchezza della esposizione, per la completezza delle citazioni bibliografiche, per la ricchezza delle illustrazioni, il libro del Paparcone merita di essere additato ai cultori della nostra specialità ed a tutti coloro, medici e studenti, che vogliano formarsi un concetto completo sulla entità nosologica del tracoma e sui metodi destinati per prevenirlo.

È un libro che presenta inoltre interesse sociale poichè, prospettando i gravi danni che arreca all'umanità questo terribile male e additando i mezzi per prevenirlo, può facilitare il compito, oltre che agli igienisti, anche agli educatori ed a tutti coloro che per ragioni di ufficio o possibilità di circostanze hanno il dovere di contribuire alla grande opera di risanamento sociale. DI MARZIO.

H. EM. FABRE. *Médica-Sténo.* 1 vol. in 8° di pag. 132. Parigi, A. Maloine et Fils editori, 1922. Prezzo fr. 10.

L'A. ha ideato ed applica un metodo stenografico il quale ha il pregio di essere molto semplice e di potersi apprendere in sedici lezioni; è adattato specialmente per i medici e per gli studenti di medicina: consente di raccogliere fedelmente anamnesi, di trascrivere lezioni cliniche, ecc. Per i medici e gli studenti di medicina egli ha scritto questo opuscolo, che è già al 2° migliaio. *a. p.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

I. Congresso della Società italiana di Urologia

Il 24 ottobre a. c. si costituì a Firenze la Società italiana di urologia che tenne il suo primo Congresso.

Il prof. Nicolich di Trieste porta ai congressisti, quale presidente del Comitato provvisorio, il saluto augurale.

Il segretario Ravasini di Trieste legge lo Statuto che è approvato. Si accetta la proposta di Lasio (Milano), che un giornale sia dichiarato organo ufficiale della Società italiana di urologia e che pubblichi almeno due pagine a carico proprio e le altre a spese dell'Autore. Si rimette alla futura Presidenza di iniziare trattative e di conchiudere in merito. Si passa alla nomina del nuovo Consiglio direttivo e riescono eletti: a presidente: Nicolich (Trieste); a vice-presidenti: Alessandri (Roma) e Pavone (Palermo); a consiglieri: Bruni (Napoli) e Lasio (Milano); a segretario: Mingazzini (Roma); a tesoriere: Bonanome (Roma). — Si passa alla nomina di soci onorari e corrispondenti esteri, dopo di che si iniziano i lavori scientifici del Congresso.

GARDINI (Bologna): *Risultati remoti della prostatectomia.* — L'Autore espone le sue osservazioni personale sui risultati lontani della prostatectomia e viene alle seguenti conclusioni: 1) La prostatectomia è l'unico mezzo di cura realmente efficace nella massima parte dei casi di ritenzione vescicale da ipertrofia prostatica. 2) La prostatectomia transvescicale si è dimostrata superiore alla perineale per i risultati immediati e lontani. 3) Nella prostatectomia transvescicale è sempre consigliabile l'operazione in due tempi e specialmente nei casi di ritenzione con distensione, di infezioni dell'apparato urinario e di difettosa funzionabilità renale. 4) L'intervento operatorio è tanto più efficace, quanto più è precoce.

LASIO (Milano) riferisce pure sullo stesso tema. Egli riprende in esame 256 ammalati operati di prostatectomia da 2 a 14 anni fà. Di questi, 73 morirono, e cioè: 41 di marasma senile, 12 di bronco-polmonite, 7 di cardiopatia, 4 di cancro del fegato e dello stomaco, 2 di pionefrosi cronica,

2 di enterite cronica, 2 di uremia da ritenzione vescicale, 1 di carcinosi diffusa da cancro prostatopelvico.

La Freyer non ha nessun valore curativo nelle forme di degenerazione cancerigna, neppure quando essa è così iniziale da non essere clinicamente diagnosticabile. L'operazione di Freyer ha scarso valore remoto nei prostatici senza prostata. Nelle forme di adenoma prostatico il metodo Freyer dà risultati ottimi e durevoli. Se per effetto della ritenzione vescicale sia determinata una idronefrosi, questa può esser migliorata in modo da permettere la prostatectomia, la guarigione della medesima, ma più tardi continua invariata la evoluzione della forma renale. — La funzione sessuale è conservata nella metà dei casi, ma per lo più si limita alle erezioni. L'eiaculazione è abolita. — La recidiva dell'adenoma prostatico è possibile, in quanto che nel letto prostatico rimangono degli acini glandolari di costituzione identica a quella degli adenomi asportati. Nell'adenomectomia tipica la presenza di stenosi, valvole, deviazioni del canale sono da attribuirsi più a difetto di tecnica che al metodo per sè stesso. L'A. non ha mai constatato incontinenza di orine nè ritenzione.

Discussione:

PAVONE (Palermo): osservò la riproduzione di calcoli vescicali dopo la prostatectomia; inoltre egli ha osservato fistole perineali, sostenute da stenosi uretrali consecutive all'atto operatorio, che guarirono colla dilatazione della stenosi uretrale. Egli ha osservato inoltre ritenzioni incomplete, dovute a sfiancamento della vescica e a mancata contrattilità del detrusore.

CARRARO (Milano): riferisce su 40 casi di prostatici osservati da oltre due anni. 9 morirono per cause non urologiche, uno per degenerazione cancerigna dell'adenoma prostatico. In tutti la funzionabilità vescicale ha ripreso perfettamente; non sono residuate fistole orinose. I malati a funzionalità genitale abolita non hanno avuto nessun vantaggio dall'atto operativo; in tutti è cessata l'eiaculazione. Ricorda alcuni casi con andamento anormale. Consiglia la tecnica di Freyer e l'esame cistoscopico prima dell'operazione.

BONANOME (Roma): osserva che gli esiti lontani della cosidetta prostatectomia sono in rapporto diretto con la natura dell'ipertrofia prostatica. Non ebbe a lamentare nessun inconveniente (restringimenti, fistole, ecc.), nei casi a enucleazione facile. Egli fa notare che la diagnosi di adenoma non è sempre facile. Allora l'esito non brillante è dovuto al fatto che mancava l'indicazione al metodo di Freyer.

ALESSANDRI (Roma): ricorda che già nel 1911 a Londra egli ebbe a presentare i risultati lontani della prostatectomia dei suoi operati. — Per la funzione sessuale egli conferma, che se questa esisteva ancora prima dell'operazione, rimaneva in genere inalterata dopo l'ablazione della prostata, ma non si ha eiaculazione.

Domanda ai relatori la loro esperienza sulle stenosi uretrali che egli ha osservato abbastanza frequentemente. Egli osservò poi in qualche caso il sopravvenire di dolori muscolari e anche ossei diffusi o localizzati agli arti inferiori, nei quali egli può escludere che si sia trattato di tumori o di metastasi. Alcuni colleghi medici opinarono potesse trattarsi di fenomeni dipendenti dalla mancanza di secrezione interna della glandola asportata; ma non sa se questa spiegazione sia ammissibile. Nei casi con infezioni ascendenti consiglia distanziare il 2° tempo anche di parecchio. Egli ha visto con successo in questi casi le iniezioni endovenose di neosalvarsan e specialmente di urotropina.

FERRIA (Torino). — Su circa 100 casi di prostatectomie ipogastriche ebbe ad osservare 2 casi di stenosi profonde. Egli consiglia l'uso del dilatatore di Kollman; in ogni caso, in cui si faccia sentire qualche difficoltà al passaggio del catetere. Quanto alle fistole, esse sono dovute alla tendenza della mucosa vescicale a portarsi verso la pelle. L'A., quando esegue il II tempo, ha cura di fare un escissione della mucosa vescicale prossima all'apertura addominale.

TADDEI (Pisa). — Crede e riporta un caso che dimostra come esista la possibilità di carcinosi dalla prostata residua e non da residui di adenomi incompletamente estirpati. Non crede che si debba invocare l'ipotetica secrezione interna della prostata per spiegare la ripresa delle condizioni generali. Basta la soppressione della ritenzione settica, come dimostrano i casi di semplice cistostomia.

Le recidive sono più frequenti, quando si asporta l'adenoma prostatico a pezzi in confronto dell'asportazione in un solo lobo. Interessante è il fatto che anche senza recidiva la prostata, alla esplorazione rettale, si può presentare poco modificata nel suo volume e nel suo carattere.

LILLA (Livorno). — Ritiene necessario lo studio funzionale del prostatico specialmente nell'intervallo fra il 1° e 2° tempo. Egli consiglia di ricorrere allo studio dell'eliminazione della sulfofenolftaleina. Per ciò che riguarda la funzione sessuale concorda pienamente coi risultati del Carraro.

ROLANDO (Genova). — Osservò su 70 prostatectomie come esiti lontani 2 stenosi, 3 recidive, 1 carcinoma della vescica, sviluppatosi 10 anni dopo sulla cicatrice.

PARLAVECCHIO (Palermo). — Gli sembra prematura e quanto meno appellabile la sentenza di morte pronunciata contro la prostatectomia perineale. Nel desiderio di trarre un metodo che non avesse i noti difetti della Freyer e sopratutto che potesse abbreviare il decorso postoperatorio, ha usato la tecnica di già resa nota della prostatectomia perineale per 1ª intenzione.

GIANETTASIO (Firenze). — Osserva che le deficienze lamentate nella prostatectomia sono quel-

le che in genere si legano a qualsiasi operazione demolitrice nel vasto campo della chirurgia e fa un parallelo con l'isterectomia.

BRUNI (Napoli). — Dice che la Freyer ha preso il posto della perineale. Egli accenna ai casi che Legueu chiama «errori diagnostici», che riguardano operati di prostatectomia, nei quali, tolto l'adenoma, la funzionalità non si è ristabilita, perchè midollari, atassici, o con altri disturbi della minzione, che abbiamo il dovere di studiare. È necessaria inoltre la cistoscopia o la cistografia prima della Freyer e ricorda un caso di diverticolo vescicale da lui osservato. Egli ricorda i casi di restringimento uretrale consecutivi alla Freyer e consiglia da ultimo di non abbandonare gli operati dopo la guarigione della ferita operatoria.

BLASUCCI (Roma). — Richiama l'attenzione dell'assemblea sulla necessità di uretroscopizzare l'ammalato prima di decidere sopra un'operazione qualsiasi. In certi casi una semplice operazione incruenta uretroscopica con la diatermia guarirebbe l'ammalato senza esporlo alle gravi conseguenze della Fuller-Freyer o della perineale. Inoltre egli afferma che troppo è stata abbandonata la perineale a favore della soprapubica.

NICOLICH (Trieste). — Fino alla fine del 1921 furono operati nel mio riparto 137 prostatici con una mortalità del 21 %; questa cifra diminuì notevolmente, da quando si cominciò ad operare in due tempi. Non ho mai osservato l'incontinenza d'orina dopo la prostatectomia; in un solo caso non ho potuto introdurre la siringa in vescica, ed ho lasciato la fistola ipogastrica. Trattandosi di un vecchio di 89 anni non ho voluto praticare qualche atto operativo per rendere pervia l'uretra tanto più che l'operato stava benissimo col drenaggio ipogastrico. Sconsiglia l'uso del neosalvarsan, perchè pericoloso.

GARDINI. — Risponde ai precedenti oratori. È d'accordo col prof. Bonanome che i risultati migliori si ottengono colla prostatectomia transvescicale in casi di vero adenoma sottomucoso della prostata, mentre corrisponde meno nei casi di prostatite cronica. Al prof. Ferria risponde di non aver mai osservato fistole dopo l'operazione in 2 tempi. Conviene che eseguendo il II tempo si deve escidere oltre che la cicatrice addominale anche la mucosa vescicale aderente alla cicatrice. Col Parlavecchio è d'accordo che la perineale è più chirurgica, ma come risultati lontani a distanza è indubbiamente inferiore. Per evitare restringimenti postoperatori è bene dilatare l'uretra.

LASIO. — Relativamente alla diagnosi esatta del prostatismo raccomanda l'uso del cistouretroscopio Mac Carthy. Per la tecnica dell'operazione è necessario trovare un piano regolare di dissezione. Questo è facile di regola nella prostatectomia fatta in un tempo, meno facile in quello in due tempi. L'incisione della mucosa deve esser fatta nel punto più declive del basso fondo per non lasciare un lembo di mucosa che può lasciare delle briglie trasversali e sacchi uretrali prevescicali.

Seduta pomeridiana.

MARTINI (Siena). — Presenta un instrumento per l'incisione della mucosa vescicale nella prostatectomia soprapubica, costituito di un ditale a tre segmenti articolati, al cui segmento distale è inserita una maglia di acciaio.

ROLANDO (Genova). — 1) *Calcolo gigante del rene*: da anni nefralgia sinistra, da 10 mesi ematuria destra. Anemia profonda. Radioscopicamente si constatò nefrolitiasi bilaterale. Operazione del rene destro quale indicazione vitale. Asportazione d'una cisti retrocolica. Incisione della pelvi e prolungazione dell'incisione della sostanza renale. Egli riuscì a rompere le connessioni coi calcoli che siedevano nei calici, e asportò senza notevole emorragia un enorme calcolo ramificato.

2) *Sulla costante ureosecretoria nella pratica chirurgica*: R. sta studiando da qualche tempo nei suoi infermi la costante secretoria di Ambard mettendola a raffronto con quella ottenuta colla formula data da Slyke. Egli riferisce su di un caso, nel quale la K, secondo Slyke, si sarebbe dimostrata più sensibile.

Discussione:

BONANOME è grato al R. per averci fatto conoscere la nuova formula dello Slyke e propone che al Congresso dell'anno prossimo si porti come argomento lo studio della funzionabilità renale e si potrà studiare l'una e l'altra costante nel loro valore.

CHIAUDANO (Torino). — *Tubercolosi renale, colica nefritica e ritenzione in rene superstite - Guarigione.* — Ch. riferisce su di un caso di crisi calcolosa con anuria in rene superstite a nefrectomia per tubercolosi renale. Egli ammette che il calcolo si sia formato dopo l'operazione e mette in rilievo la notevole resistenza alle crisi di ritenzione dimostrato dal rene superstite.

TADDEI (Pisa). — *Di una nefroureterectomia totale secondaria per calcolosi paravescicale dell'uretere con pionefrosi.* — Fa la storia clinica di un caso interessante per i particolari clinici e radiografici, così pure per quelli operatori, nel quale un distinto chirurgo aveva eseguito la ureterotomia pelvica semplice per calcolosi dell'uretere pelvico. E avendo dimenticato di estrarre un secondo calcolo basandosi sul reperto radiografico, subentrarono complicazioni, per le quali l'A. dovette intervenire.

ALESSANDRI (Roma). — Presenta una serie di radiografie degli organi urinari, nei quali il contrasto è reso più evidente coll'insufflazione di ossigeno.

Discussione:

CARRARO (Milano). — Domanda al prof. Alessandri, se egli ritiene innocua l'insufflazione della vescica con ossigeno dato che sono registrati due

casi di morte per embolia secondari a insufflazione di aria in vescica (Marion, Nicolich).

FERRIA (Torino). — *Sui calcoli della porzione pelvica dell'uretere.* — Conferma la necessità di volgere con particolare attenzione le nostre ricerche cistoscopiche e radiografiche alla porzione pelvica dell'uretere in ogni caso di litiasi renale confermata o sospetta e di procedere con sollecitudine alla ureterolitotomia, quando un calcolo si è ivi immobilizzato e non se ne può ottenere la discesa con altri mezzi. La ureterolitotomia per via extraperitoneale propriamente detta è da considerarsi come un'operazione benigna, finchè l'uretere è poco alterato ed i reni non sono sotto la minaccia di anuria.

D'AGATA (Camerino). — *Dilatazione cistica intra-vescicale dell'estremità inferiore dell'uretere, trattata con la diatermia.* — La diagnosi fu messa in evidenza con la cistoscopia. L'affezione fu guarita colla cura diatermica.

Discussione:

CARRARO. — È d'avviso che il metodo sia la cura d'elezione in questi casi.

COLOMBINO (Torino). — Operò con successo due casi di dilatazione cistica colla diatermia.

BORETTI (Milano). — *Contributo alla chirurgia del rene unico.* — Si tratta di 3 casi interessanti di interventi chirurgici su reni rimasti unici per pregressa nefrectomia controlaterale.

1. Nefrectomia sinistra per tubercolosi, pielotomia sin. per calcolosi, più tardi a destra per calcolosi. Guarita (1914-1922).

2. Nefrectomia destra per pionefrosi calcolosa nel 1920; ureterotomia sinistra per calcolosi che dava anuria completa da 4 giorni; guarito.

3. Nefrectomia destra per pionefrosi calcolosa. Dopo un mese a sinistra decorticazione e pielotomia per nefrite; guarita.

Discussione:

NICOLICH. — Nel 1903 comunicai all'Associazione francese d'urologia la stòria di un caso di anuria calcolosa che durava da quindici giorni e che guarì con la nefrotomia. Si trattava di un caso di rene unico, perchè il paziente, che visse ancora più di un anno, non emise mai orina dalla vescica. L'inoculazione nelle cavie dell'orina che usciva dalla fistola renale diede un risultato positivo per la tubercolosi.

Nella «Zeitschrift für Urologie» del 1907 pubblicai altri casi di operazioni su reni unici.

ROSSI (Forlimpopoli). — *Calcolosi renale bilaterale ed ureterale destra. Nefrolitotomia ed ureterolitotomia destra. Pielolitotomia sinistra. Guarigione.* — Coliche frequenti bilaterali, sofferenze da 16 anni. Nella radiografia tre calcoli all'estremo ureterale destro, un calcolo al rene destro ed altri al sinistro. Con la nefrotomia destra si estraggono il calcolo renale e il primo ureterale. Il secondo calcolo ureterale si estrae con incisione dell'uretere in alto. Poi bisogna incidere l'uretere in altri due punti per estrarre il terzo calcolo. Due incisioni ureterali furono suturate, una zaffata.

Due mesi dopo pielolitotomia sin. L'O. dice che nei casi di interventi bilaterali sui reni bisogna incominciare dal più grave, e ciò per il fatto che se avvengono complicanze (emorragie) da richiedere la nefrectomia, resta al paziente il rene migliore. Inoltre egli crede inutile la sutura dell'uretere.

Discussione:

NICOLICH. — Su 43 pielotomie per calcolo non ha mai praticato la sutura del bacinetto e non ha mai osservato la formazione di fistole orinose. In un caso di calcolo grande come una grossa patata che rese necessaria un'incisione lunga quasi cinque centimetri, ottenni la guarigione per prima ritenzione senza che dalla ferita uscisse una goccia di orina.

FERRIA. — Riguardo alla sutura dell'uretere dopo la rimozione del calcolo, l'A. non la ritiene necessaria, se l'estremo inferiore dell'uretere è pervio; viceversa la ritiene illusoria, se questo è stenosato.

UFFREDUZZI (Torino). — Fa osservare che non si possono paragonare rispetto alla sutura i casi di pielotomia con quelli di ureterotomia specialmente bassa. Perchè mentre nel primo caso il decorso non è di solito disturbato da deflusso di orine, nel secondo questo deflusso di solito avviene. In ogni caso è necessario assicurarsi la pervietà dell'uretere, perchè se la pervietà non esiste, sopprime la sutura tiene e la formazione di una fistola è pressochè fatale.

CARRARO. — Dice che quando può, sutura sempre l'uretere.

BONANOME. — *Voluminosa idronefrosi congenita.* — Bambino di 6 anni curato per tre anni con la diagnosi di peritonite tubercolare. Accolto all'ospitale, il medico del reparto fece diagnosi di enorme cisti di origine renale. Trasferito nel riparto chirurgico completai l'esame con una cromocistoscopia, la quale non fece notare eliminazione a sinistra, mentre a destra era normale. Operazione per via extraperitoneale. Guarigione.

ROMANI (Padova). — *Sopra un interessante caso di anomalia renoureterale.* — Trattasi di un rene che presentava le seguenti anomalie. Mentre la metà inferiore è di aspetto normale, la inferiore è più sporgente, di colorito bianco-giallastro ed è come separata dalla prima da un solco. All'ilo si scorge l'arteria renale che a 3 cm. prima di immettersi nell'organo si divide nettamente in due rami, dei quali uno va al polo superiore, l'altro al polo inferiore. Le due vene corrispondenti si fondono subito dopo la loro uscita dai rispettivi poli in un'unica vena che ha decorso orizzontale. Si constatano due ureteri, uno di aspetto normale, l'altro di volume grande. L'O.

fa una minuta descrizione del caso clinico, dell'atto operativo, del preparato anatomico; riporta gli esami microscopici delle varie parti e l'esame batteriologico del liquido raccolto nella vena renale. Da ultimo egli accenna alla teoria riguardo alla patogenesi di queste forme morbose.

ROMANI e BOSUMI (Padova). — *Sulle iniezioni endovenose di urotropina nei processi infiammatori delle vie urinarie.* — Gli OO. arrivano alle seguenti conclusioni:

1) che l'urotropina per via endovenosa alla dose di 5 gr. si elimina lentamente e rimane in circolo per un tempo variabile da 48 a 70 ore e che solo nelle prime 48 ore essa ha forte potere disinfettante e diuretico in quanto si scompone in maggiore quantità in formaldeide e ammoniaca;

2) che l'esametilentetramina per via endovenosa ad alta dose è tollerata bene;

3) l'azione per via endovenosa è superiore a quella per os.;

4) l'urea non ne risente; i cloruri hanno oscillazioni incostanti a volte in più, a volte in meno; la densità diminuisce e la quantità globale aumenta;

5) non si sono constatate mai lesioni a carico del rene o della vescica;

6) il suo uso può essere consigliato nelle infezioni acute e croniche della pelvi renale e della vescica e come cura preparatoria ad un atto operativo sulle vie urinarie.

TARDO (Palermo). — *Sul valore della prova della sulfofenolftaleina nello studio della funzionalità renale.* — L'O. mette in rilievo alcuni punti che portano una luce non indifferente sul funzionamento dei reni. Leguen crede senza interesse le prove funzionali basate sull'eliminazione di sostanze coloranti per principio dottrinale. Queste prove, egli dice, deducono il valore dei reni dai *debits* e siccome i *debits* non corrispondono al vero valore dei reni, le prove in parola non servono a nulla. L'O. è d'accordo con Legueu sulla facilità e frequenza di *falsi debits per quanto riguarda le sostanze naturali* in quanto che questi dipendono dalla quantità contenuta nel sangue e dalla diuresi; non lo è affatto quando si tratta di eliminazione provocata di sostanze estranee, come la ftaleina, di cui si conosce la quantità introdotta nel sangue, di cui si può colla massima precisione calcolare la quantità eliminata, di cui l'O. ha dimostrato l'indipendenza dalla diuresi nella sua eliminazione.

L'O. fa omaggio alla dottrina generale dei falsi *debits,* ma sostiene che tale dottrina non è applicabile al *debit* della ftaleina.

A proposito dei *debits* erronei prodotti dalla diuresi e del mezzo proposto da Chabanier per correggerli nei casi in cui il più forte debit è fatto col più grande volume d'urina, l'O. dimostra con esempi che questo calcolo riesce costantemente a mostrare quale dei reni ha migliore funzionamento, ma non serve affatto per dirci se il rene migliore è sufficiente. Per conoscere ciò è indispensabile completare i risultati della divisione d'urine colla K; aggiungendo invece nella divisione stessa la prova della ftaleina e trovando il rapporto dall'O. determinato tra le due eliminazioni della ftaleina e dell'urea viene meno la necessità della prova di controllo colla K. Quanto alla mancanza dell'eguaglianza del quoziente di destra e di quello di sinistra l'O. dimostra con esempi che è dovuta all'eliminazione acquosa che solo dal lato malato produce un falso *debit* d'urea. Secondo quanto l'O. ha dimostrato il *debit* della ftalina ci dà notizia dell'azotemia e quindi è una misura della secrezione renale in funzione dell'azotemia. Esso non ha invece nulla a vedere colla secrezione acquosa perchè la ftaleina è prova della funzione ureica. La poliuria sperimentale resta quindi una prova indispensabile pel giudizio sulla funzione acquosa.

L'O. sostiene l'utilità della prova della ftaleina i cui pregi, del resto, furono messi in evidenza in una relazione del prof. Marcosi.

La ftaleina segue le leggi della secrezione ureica e nei casi con funzione ureica normale le sue eliminazioni corrispondono a quelle dell'urea, ne controllano l'esattezza e sono quindi non necessarie, ma utili. Nei casi di funzione ureica lesa tale corrispondenza tra ftaleina ed urea non c'è più ed allora la prova è del più grande interesse, *svela le false eliminazioni* dell'urea ed è quindi non più utile ma indispensabile. Se in condizioni determinate un rene dà una buona secrezione di ftaleina ed una cattiva secrezione d'urea significa che il rene è buono e l'urea è deficiente nel sangue o perchè la diuresi è cattiva.

La prova della ftaleina, impostata com'è oggi sulle leggi d'Ambard, non può avere, secondo l'O., che un brillante avvenire.

TARDO (Palermo). — *Sulle alterazioni anatomiche dei reni in rapporto ai risultati dell'esame funzionale.* — L'O. ha iniziato nell'Istituto di Anatomia patologica del prof. Dionisi lo studio delle lesioni anatomiche dei reni asportati onde mettere queste in raffronto ai risultati dell'esame funzionale sulle urine divise fatto prima dell'operazione.

L'O. riferisce dettagliatamente su quattro casi prescelti: un ipernefroma della capsula surrenale, un rene mobile, una tubercolosi renale, un cancro del rene. L'O. conclude che l'esame funzionale moderno eseguito sulle urine divise è capace:

1) di indicare se l'affezione appartiene al rene oppur no;

2) di svelare lesioni minime del parenchima renale, lesioni che sfuggono ad un attento esame macroscopico del rene;

3) di farci conoscere, in linea generale, il *tipo* delle lesioni anatomiche;

4) di farci conoscere, sempre in linea generale, l'*estensione* delle lesioni stesse.

Discussione:

NICOLICH. — Se la quantità di sostanza colorante emessa con l'orina viene calcolata facendo confronto con una soluzione titolata mi pare che si possa sbagliare, perchè mi ricordo di aver constatato che tre osservatori giudicarono differentemente la gradazione del colore dell'orina confrontata colla soluzione titolata.

COLOMBINO. — Ritiene che convenga servirsi piuttosto di una soluzione della ftaleina nell'orina che del colorimetro.

CASSUTO. — Fa osservare che in una serie di prostatici da lui studiati ebbe sopratutto, dopo eseguito il I tempo, ad ottenere risultati così cattivi quanto al prognostico da dissuadere l'operatore ad eseguire il II tempo. Viceversa i dati clinici e sopratutto lo studio del potere di concentrazione e di eliminazione (densità e volume) decisero per l'intervento, che ebbe esito felice.

LILLA. — Ebbe risultati in gran parte concordanti colla clinica, specialmente nei prostatectomizzati fra il I e II tempo. Ha costantemente osservato il rialzarsi dell'eliminazione in accordo col miglioramento della costante di Ambard. Il fatto che il Cassuto non avrebbe ottenuto gli stessi risultati si può spiegare colla difficoltà che c'è nei cistotomizzati di raccogliere le urine senza perdita di colore, e coll'uso del colorimetro di Hellige, che si sarebbe riscontrato talora non concorde con altri colorimetri più precisi (Dubofcq-Krass).

NEGRO (Parigi). — *Sul comportamento della sulfofenoliftaleina e della K d'Ambard in rapporto al cambiamento del regime clorurato.* — L'O. comunica i risultati di alcune esperienze dimostrando l'indipendenza assoluta dell'eliminazione della sulfofenolftaleina dalla quantità di cloruri contenuti nel sangue e l'influenza al contrario di questi nella determinazione della costante ureosecretoria.

Queste esperienze si basano sulla variazione della quantità dei cloruri ingeriti giornalmente, quantità che variò da zero a 20 grammi e furono praticate su infermi che non presentavano lesioni dell'apparato cardiovascolare. Da esse risulta come la ftaleina si elimina come d'ordinario, risentendo solo l'influenza delle lesioni della funzione ureica, ma sempre indipendentemente dalla quantità dei cloruri ingeriti.

La costante invece in un caso migliora ogni qualvolta l'ammalato è messo a regime fortemente clorurato, a regime tale da produrre la comparsa di edemi, peggiora appena si stabilisce il regime aclorurato. In un altro caso la costante migliora durante il regime aclorurato, peggiora durante il regime fortemente clorurato. Circa le cause di queste variazioni della costante, l'O. crede che almeno in parte esse debbano ricercarsi nell'antagonismo tra la eliminazione dell'urea e dei cloruri-anteganiomi già messe in evidenza con lavori recenti (Kummer).

MELANOTTE (Torino). — *L'esplorazione della funzione renale colla fenolsulfoneftaleina.* — Si appoggia allo studio di 52 casi osservati nel reparto urologico del prof. Ferria di Torino. Egli osservò che non sempre la rapidità della comparsa corrispondeva ad un buono scarico ftaleinico od il ritardo ad un cattivo scarico e che non sempre, pur seguendo la via endovenosa, la eliminazione della sostanza nella prima mezz'ora era maggiore che nella seconda, anche quando lo scarico della prima ora era buona; perciò la convenienza di protrarre il dosaggio per un'ora anche coll'iniezione endovenosa.

Egli riporta infine un caso, in cui la prova ftaleinica ha contribuito a trarre in inganno il chirurgo.

Discussione:

TARDO (Palermo). — Il ritardo dell'apparizione non ha grande importanza. Il caso dell'O. può essere un'eccezione e l'eccezione non distrugge la regola.

VOLANTE (Torino). — *Sopra un caso di gangrena totale della mucosa vescicale.* — La gangrena vescicale fu originata da causa termica per iniezione in vescica di acqua semplice soprariscaldata. È questo l'unico esempio dovuto a causale di tale genere. Una donna di 34 anni praticò l'immissione del liquido quasi bollente, per isbaglio, per l'uretra in vescica invece che in vagina. Quasi due mesi dopo questo fatto espulsione spontanea per l'uretra in blocco di un corpo voluminoso avente la forma della mucosa vescicale intera. Descrizione esauriente del caso.

NASSETTI (Pisa). — *Su di un caso non comune di diverticoli multipli della vescica.* — Descrizione di un caso interessante dal punto di vista della diagnosi, da quello anatomo-patologico e anche per la discussione che si può fare intorno alla patogenesi della malattia. La diagnosi dei diverticoli vescicali può presentare delle difficoltà grandi.

BRUNI (Napoli). — *a) Una modifica all'ottica dei cistoscopi.* — Applicazione ad un cistoscopio Gentile di una piccola lente corrispondente alla diottria, con cui ciascuno vede.

b) Su di una rara complicanza nel decorso postoperativo della prostatectomia alla Freyer. — Riferisce su due casi di necrosi della sinfisi pubica, da lui osservati, complicazione non citata in nessun trattato.

Discussione:

ROLANDO (Genova). — Nel caso descritto da Bruni trattasi di una periostite suppurativa con necrosi parziale consecutiva. La deambulazione non può essere lesa, se non interviene necrosi totale.

PAVONE (Palermo). — *Sull'anestesia dell'uretra e della vescica con soluzione di cocaina.* — Pavone riferisce che da 32 anni che si occupa di urologia ha praticato costantemente l'anestesia

dell'uretra e della vescica, sperimentando gli anestetici più reputati. Fra tutti ha preferito la cocaina per la sua azione più rapida, più efficace, più duratura e ha constatato ch'essa non dà luogo ad alcun incidente spiacevole a condizione che si sappia adoperare. Egli vi associa la morfina sia per accrescere l'efficacia dell'anestesia, sia per prevenire gli effetti tossici della cocaina, poichè il Pavone ha sperimentato la morfina e le inalazioni di ammoniaca pura liquida come antidoti della cocaina.

CARRARO (Milano). — a) *Rottura traumatica della vescica, necrosi ed eliminazione totale delle pareti, ricostruzione spontanea della vescica.* — Un giovane di 19 anni, nel quale dopo trauma fu eseguita l'operazione d'urgenza e nel quale pochi giorni dopo il trauma si eliminarono completamente le pareti vescicali. Restò in sito solo il collo vescicale ed il trigone coll'impianto degli ureteri. Guarigione completa senza cicatrici.

b) *Un caso di adenoma e varici vescicali.* — Fatta cistoscopicamente la diagnosi fu fatta l'estirpazione colla resezione larga della vescica. Guarigione. Il caso è interessante non solo per la rarità delle vere varici vescicali, ma anche per l'associazione dell'affezione ad un processo neoplastico poco diffuso a tipo adenomatoso.

c) *Ritenzione incompleta cronica d'urina da ghiandole prostatiche accessorie.* — Un malato di 40 anni presentava difficoltà nella minzione. In vescica ristagnavano circa 300 gr. d'orina. Cistoscopicamente e uretroscopicamente venne rilevato la presenza di un piccolo nodo del volume di un pisello nella regione del collo vescicale. Asportazione. Guarigione.

Discussione:

DELFINO (Genova). — Il caso di rottura della vescica riportato da Carraro è una conferma delle ricerche sperimentali riferite al Congresso di chirurgia a Napoli nel 1921 sulla cistectomia totale e subtotale.

COLOMBINO. — Riferisce su due casi da lui osservati di scoppio della vescica, nei quali si constatò dopo tre o quattro mesi una vescica rigenerata e normalmente funzionante.

LILLA (Livorno). — A proposito delle varici vescicali dice che a lui è accaduto di osservare che le varici vescicali prendono un aspetto cerebroide, più o meno intensamente colorato, tale da simulare l'aspetto cistoscopico di un neoplasma maligno.

GARDINI (Bologna). — *Di un caso curioso di corpo estraneo della vescica.* — Una levatrice nelle manovre abortive invece di introdurre un catetere in vagina e nel collo dell'utero, lo introdusse in vescica e per un caso che pare incredibile, ha infilato lo sbocco ureterale destro e l'ha spinto verso il rene. Constatato il corpo estraneo cistoscopicamente fu estratto, perchè incrostato, colla cistotomia soprapubica. Guarigione.

PELLECCHIA (Napoli). — *Ulteriori considerazioni sulla terapia del tumore della vescica con le correnti di alta frequenza.* — La terapia endoscopica a mezzo delle correnti di alta frequenza deve essere per i tumori benigni della vescica l'unico trattamento da adottare. L'O. fa considerazioni personali interessanti sull'applicazione di questo metodo.

PERRUCCI (Bologna). — a) *Rottura spontanea della vescica in encefalite letargica. - Sutura della vescica. - Guarigione.* — Un caso in vero eccezionalmente raro di un malato di encefalite letargica a forma mioclonica, il quale presentava ritenzione che pur mantenendosi parziale, in un dato momento aveva raggiunto proporzioni tali da richiedere il cateterismo. Mentre lo si stava per eseguire la manovra il paziente in seguito al movimento fatto per porsi nel letto nel decubito laterale destro, ebbe un acuto dolore alla regione ipogastrica e la sensazione che la vescica gli fosse scoppiata.

b) *Contributo alla conoscenza della sifilide vescicale.* — Cistoscopicamente fu constatata la presenza di una intumescenza globosa splendente. L'O. pensò prima ad un papilloma incrostato, poi ad una forma infiammatoria, da ultimo, data la sierodiagnosi positiva, a lue. Guarigione colla cura specifica.

LILLA (Livorno). — *Adenoma periuretrale uretroscopico.* — Piccolo adenoma periuretrale constatato coll'uretroscopio posteriore che produceva disturbi di prostatismo (ritenzione, distensione, sepsi, azotemia) e che fu guarito colla Freyer.

Sifiloma iniziale dell'uretra. — Osservazione di un sifiloma primario dell'uretra a 10 cm. del meato uretrale esterno, che si manifestava clinicamente solo per una lieve uretrite mucosa e per tenui uretrorragie intercorrenti. La diagnosi fu fatta coll'uretroscopio e confermata poi coll'ulteriore decorso.

DELFINO (Genova). — *Modificazioni funzionali consecutive all'operazione di Ombredanne per criptorchidia in adulto.* — L'O. riferisce su un giovane di 20 anni operato di criptorchidia col metodo di Ombredanne. Fatto importante: nel giovane che era impotente ritornò la potenza sessuale in modo normale e nello sperma furono constatati spermatozoi mobilissimi. I testicoli andarono aumentando di volume fino a raggiungere il volume quasi normale. Egli fa risaltare i vantaggi che presenta il metodo.

ALESSIO (Torino). — *Sul priapismo essenziale.* — In un uomo di 44 anni, dopo un tentativo di coito una sera, in cui trovavasi in istato di ebbrezza da alcool, subentrò un priapismo che durò otto giorni e che fu guarito coll'applicazione di corrente di alta frequenza. Guarigione ottenuta all'11° giorno. L'O. espone le varie teorie su questa affezione e rileva l'importanza del mezzo di cura adottato.

(Trieste). Dott. RAVASINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sigmoiditi e perisigmoiditi.

Causa di queste infiammazioni è l'infezione, la quale nella sigmoidite è di origine intestinale, nella perisigmoidite può anche venire propagata da organi vicini (genitali femminili; vie urinarie superiori). Fattore eziologico quasi costante è la costipazione.

Nella *sigmoidite semplice* si ha la triade sintomatica: dolore, alterazioni intestinali, segni generali. Il dolore, sordo e continuo viene esacerbato nel camminare, nei movimenti, con la palpazione del ventre; occupa tutta o parte della fossa iliaca sinistra. Alla palpazione si riscontra una massa cilindrica senza bozze apprezzabili, mobile in ogni senso, persistente malgrado ripetute evacuazioni, ciò che prova che essa è costituita non da sostanze fecali, ma dalle pareti intestinali, che hanno subito una infiltrazione infiammatoria. Tale massa viene più agevolmente rilevata mettendo l'ammalato in decubito dorsale sopra un piano alzato a 45°. La costipazione è ostinata, le sostanze fecali sono dure, a pallottola, talvolta con poco sangue, senza muco. I segni generali, a tipo di imbarazzo gastrico febbrile, sono rari, e si osservano al momento delle crisi.

Nella *sigmoidite con perisigmoidite adesiva* i sintomi si iniziano bruscamente, a tipo di appendicite, con dolore vivo, febbre elevata, polso frequente, nausea, vomito: dopo qualche giorno migliorano i fenomeni generali e si accentuano quelli locali; si sviluppa il flemmone iliaco. Quando si tratta di *perisigmoidite suppurata*, si palpa un impastamento profondo non bene definito; il tumore aumenta di volume, la pelle si arrossa, oppure il pus si fa strada nel colon e l'ammalato evacua feci purulente.

La *perisigmoidite cronica* può presentarsi, specialmente nei vecchi, nel tipo retrattile a forma di volvolo; si manifestano crisi dolorose con vomiti e ventre tumido, fino a che l'arresto delle sostanze fecali è assoluto e si assiste al quadro classico dell'occlusione acuta. La perisigmoidite a forma di tumore infiammatorio può presentare difficoltà diagnostiche col cancro.

Diagnosi. — Eliminare dapprima i tumori fecali, masse dure, irregolari, che scompaiono con un clistere. Più difficile da riconoscere è la dilatazione idiopatica del crasso, malattia di Hirschsprung, in cui alla radioscopia si osserva una notevole dilatazione di tutto il colon. Il punto diagnostico più importante riguarda però il carcinoma; i dolori continui, a tipo di coliche, che aumentano con la palpazione non si accordano col cancro; nella sigmoidite manca l'emorragia, mentre si hanno variazioni di volume. La retto-sigmoidoscopia permetterà poi una diagnosi netta.

Nelle forme acute, si dovranno eliminare i flemmoni del legamento largo, le salpingiti suppurate, le peritoniti da pneumococco, la psoite, eventualmente i focolai appendincolari di sinistra. Di diagnosi talora possibile solo al tavolo operatorio sono le forme a tipo di occlusione.

Per la *cura*, I. L. (*Journ. des praticiens*, 7 ottobre 1922) consiglia: nella sigmoidite semplice l'applicazione della vescica di ghiaccio ed i lassativi blandi; passata la crisi, si farà la cura della stitichezza cronica. Nella perisigmoidite adesiva, il trattamento della crisi appendicolare, vescica di ghiaccio, dieta, oppio, e l'intervento quando vi sia suppurazione. Nelle perisigmoiditi croniche il chirurgo dovrà intervenire secondo i casi, col drenaggio di un ascesso residuale, con un ano contro natura, con operazioni più complesse, quali la resezione intestinale, l'enteroanastomosi.

fil.

Rapporto fra presenza di mughetto nello stomaco ed ulcera o carcinoma gastrico.

Finora non abbiamo nozioni soddisfacenti sui fattori capaci di trasformare in ulcera gastrica classica (con decorso cronico e progressivo, continuo o a tappe, e con tendenza alla perforazione), una semplice ulcerazione, una erosione o anche l'ulcera rotonda acuta stessa dello stomaco, a provocare le quali bastò una causa comune qualsiasi (iperacidità, emorragia, embolia, azione tossica, infettiva, meccanica, termica, nervosa, vascolare).

Il prof. Askanazy dopo una serie di esperienze su materiale di autopsia, o su materiale resecato da persone ed animali operati, avendo notato spesso la contemporanea presenza nello stomaco dell'ulcera e dell'*oïdium albicans*, ritenne che questo fungo, pullulando su di una banale lesione della mucosa gastrica, ne disturba la cicatrizzazione e la trasforma a poco a poco nella ulcera cronica classica.

G. Moppert, J. Ragan, della Cl. Chirurgica di Ginevra (*Revue médicale de la Suisse Roman-*

de, agosto 1922), sotto la guida ed il controllo dello Askanazy eseguirono una serie di ricerche cliniche e di laboratorio sulla presenza del mughetto nel cavo boccale e nel liquido gastrico di persone normali, di persone affette da disturbi gastrici passeggeri (disfagie, spasmi, ristagni di contenuto temporanei), ed in malati di ulcera o di carcinoma gastrico.

Dalle loro esperienze si può concludere che il mughetto è un saprofita che vive con relativa frequenza nel cavo boccale e nello stomaco di persone sane ed in gastropazienti. Le persone sane ed i malati di ulcera gastrica dànno lo stesso numero di culture positive (50 %). Queste aumentano (67 %) in quelli che hanno diminuita la facoltà di svuotamento dello stomaco. Raggiungono un massimo di positività (93 %) nei carcinomi gastrici.

Quindi i risultati ottenuti dagli AA. pur non infirmandola, non corroborano la ipotesi dello Askanazy.

Il mughetto gastrico può solo essere il segno di ristagno del contenuto stomacale.

PERSIA.

Enterite flemmonosa primaria acuta.

Trattasi di una condizione più rara che la gastrite flemmonosa. J. B. Fergusson (*Lancet* e *Médical Review*, agosto 1922), riferisce il caso di un individuo di 38 anni, ammalatosi dapprima con dolori generalizzati, poi localizzati specialmente all'addome: brivido, vomiti nerastri durati diverse ore, feci pure nerastre. Aspetto di ammalato assai grave, lievemente cianotico, febbre elevata, 140 pulsazioni. Rigidità generale, dolorabilità addominale specialmente a sinistra. Venne sospettata pancreatite acuta o ulcera gastrica perforata.

All'atto operativo, si scorse un'ansa dilatata del digiuno; seguendola, si arrivò ad una porzione di digiuno molto dilatata, formante un tubo rigido a pareti inspessite ed indurite, con la sierosa iniettata ed arrossata; tale porzione era lunga circa 30 cm. con linea netta di demarcazione: al disopra l'intestino era molto dilatato con pareti nè infiammate nè inspessite; l'intestino al di sotto era rilasciato e vuoto.

Il tratto di intestino ammalato venne escluso con anastomosi laterale, dopo di che i dolori cessarono; la defecazione venne ristabilita in seguito ad un enteroclisma.

Nei giorni seguenti si ebbero segni di versamento alla base del polmone sinistro, dove si stabilì un empiema, che venne svuotato, resecando anche una parte dell'8ª costola; venne isolato il pneumococco. Il paziente guarì.

L'enorme ingrossamento dell'intestino, così inspessito ed indurito, con l'iniezione della sierosa e segni evidenti di peritonite corrispondono alla descrizione data da Mac Callum per l'enterite flemmonosa: venne isolato lo streptococco.

L'operazione di scelta è la resezione quando può eseguirsi: Mac Callum consiglia l'enterostomia per ovviare alla occlusione; essa è particolarmente indicata quando è interessata una notevole porzione del colon. *fil.*

L'aerofagia del poppante.

L'aerofagia è un fenomeno fisiologico nel poppante, che nella suzione e nella deglutizione introduce una certa quantità di aria nello stomaco: questo si lascia distendere, poi, alla fine della poppata, si contrae per espellere il contenuto gazoso. L'uscita dell'aria si accompagna spesso con il rigetto di una piccola quantità di liquido, ciò che costituisce il rigurgito.

Quando l'aria è in quantità eccessiva, può provocare sintomi dolorosi e riflessi, vomiti, distensione gazosa dell'intestino: questa aerofagia eccessiva risulta il più spesso, sia dalla deglutizione di aria negli intervalli fra le poppate, per una specie di tic di deglutizione, sia per la deglutizione d'aria durante le poppate in conseguenza di respirazione nasale difettosa, sia infine quando il poppatojo viene somministrato in cattive condizioni.

Alcuni autori considerano inoltre che l'aerofagia interviene frequentemente nei vomiti del poppante per un fenomeno complesso, di cui la patogenesi si appoggia sui dati della radioscopia. Gardere (*Archiv. med. belges*, aprile 1922) osserva però che l'aerofagia è un fenomeno banale, d'altronde assai variabile, che si osserva anche senza alcun disturbo digestivo senza bisogno di ricorrere a dati radioscopici per spiegarne la patogenesi. *fil.*

Gli amari in terapia gastrica.

Gli amari sono eupeptici, sempre bene sopportati dalla mucosa gastrica; agiscono eccitando la secrezione, stimolando la motilità dello stomaco (noce vomica), risvegliando l'appetito. Sono particolarmente indicati nei casi di anoressia, di dispepsie iposecretorie, di atonia e specialmente nelle dispepsie secondarie (colite, litiasi biliari, ptosi). Per la natura iposecretoria ed atonica di tali dispepsie, si devono scartare i preparati sotto forma di vino o di elixir, mentre d'altra parte, l'azione indispensabile ed efficace dell'amaro sulle papille gusta-

tive deve fare eliminare la forma di cartine o di pillole. La forma migliore con cui si devono somministrare tali medicamenti è la tintura, da diluirsi in modo tale da neutralizzare l'azione dell'alcool sulla mucosa gastrica.

Per eccitare l'appetito Faroy (*Journ. des sciences médicales de Lille*, 8 ottobre 1922) consiglia qualcuna delle formule seguenti: Tintura di colombo, di genziana, di ipeca, a parti uguali: 20-25 gocce in acqua prima dei due pasti principali. Tintura di ipeca g. 5, tint. di noce vomica, di colombo, di genziana ana g. 10; 20-40 gocce prima dei pasti, oppure tint. di rabarbaro, di badiana, di colombo a parti uguali: 25-30 gocce prima dei due pasti principali.

Nei bambini si sarà sobrî coi medicamenti, prescrivendo la vita all'aria libera, l'esercizio fisico, l'idroterapia, le frizioni secche; eccezionalmente si darà la seguente formola di Comby: Tint. di noce vomica, di genziana, di china, di quassia amara, di rabarbaro, di cascarilla a parti uguali: 5-10 gocce prima dei pasti, dopo i 6 anni.

Mathieu consigliava la macerazione di quassia amara, g. 2, genziana, corteccia di arancio amaro ana g. 5 in 500 g. di acqua, da prendersene un 1/2 bicchiere prima dei pasti. Buone sono anche le gocce amare di Beaumé (Rasura di fava di S. Ignazio g. 20; carbonato di potassio cg. 50, fuliggine preparata cg. 10, alcool a 70° g.100) alla dose de 10-20 prima dei due pasti principali.

Per *eccitare la secrezione* si potranno dare le stesse formole, alle dosi indicate 15-30 minuti *dopo* il pasto, diluendole in una tazza di infuso caldo, poco o punto zuccherato.

Per *agire sulla motilità gastrica* si userà la tintura di noce vomica o le gocce amare di Beaumé, prima o dopo il pasto. *fil.*

Contro gli ossiuri.

Th. Schmidt (*Münch. med. Wochn.*, 1922, n. 12) consiglia nella terapia dell'ossiuriasi di tener presenti tre scopi: *a*) combattere gli ossiuri dalla bocca in poi per colpire i giovani vermi viventi nel tenue: *b*) combattere il parassita dal retto, per mezzo di clisteri, per uccidere le femmine che si trovano nel crasso, per lo più colme di uova: *c*) impedire la reinfezione, distruggendo le uova deposte nell'ano.

Per uso interno l'A. consiglia il sottoacetato di alluminio, somministrato 3 volte al giorno in capsule gelatinose da 1 g. per l'adulto, 0.5 nei fanciulli, 0.02 nei lattanti (per questi 1 sola capsula al giorno): dopo 3 giorni sospende il rimedio per 3 giorni, somministrando nuovamente per un altro periodo di 3 giorni, a cui segue un nuovo periodo di riposo ed un altro di cura. All'inizio di ogni periodo di cura somministra un purgante (calomelano od altro). Ogni giorno di cura fa eseguire alla sera, un clistere di 1 litro d'acqua, da tenersi nell'intestino per 10-15 minuti; può usarsi l'acqua semplice od il decotto di bulbi d'aglio (4 per 1 litro).

Dopo il clistere si fa ungere l'ano con unguento oftalmico od unguento cinereo: è consigliabile che durante la notte, l'individuo porti le mutandine da bagno ed i guanti. Dopo ogni evacuazione, lavarsi accuratamente l'ano con soluzione acetica; tenere le unghie corte, lavare bene le mani prima dei pasti; bagni quotidiani, ricambio frequente di biancheria. In qualche caso ostinatissimo, con tendenza al suicidio, l'unica cura è l'appendicectomia. *fil.*

Sugli spasmi anali idiopatici.

Lo spasmo anale non è che la manifestazione locale di una disposizione spastica generale.

In generale esso viene determinato da condizioni patologiche generali (p. es. le crisi rettali in malattie spinali); hanno però una certa importanza anche le condizioni locali (avanzi fecali nell'ampolla) specialmente in individui nei quali è costituzionalmente debole l'apparato digerente.

Cura: impacchi caldi, massaggio energico della flessura sigmoidea (un po' doloroso), iniezioni di atropina, supposte di belladonna, divieto di fumare.

(E. JULD. *Münch. Med. Wochenschr.*, n. 31, 1922). POL.

Nelle emorroidi dolorose e ragadi anali.

Ossido di zinco
Olio di mandorle dolci
Cera bianca [ana g. 20
Balsamo del Perù goccie X
Ortoformio g. 10
m. f. pom. (Blondel).

AVVERTENZE.

I quesiti della « Posta degli abbonati » devono prospettare temi d'interesse generale; non devono comportare consultazioni cliniche; non devono riferirsi a indicazioni bibliografiche su argomenti speciali.

Si prega di non formulare più di un quesito per volta. Volendo inoltrare più quesiti, questi dovranno essere scritti su fogli separati.

Perchè i quesiti abbiano esito, devono recare la firma, la residenza ed il numero d'abbonamento del richiedente; se questi ne esprime il desiderio, nel giornale figureranno soltanto le sue iniziali o il numero d'abbonamento od una sigla convenzionale.

Le risposte seguiranno con la massima sollecitudine consentita dalle esigenze redazionali; ma non è garantita una risposta immediata.

Non si risponde privatamente. LA REDAZIONE.

IGIENE.

La lotta contro la malaria in risaia.

S. Konsuloff (*Zeitschr. f. angew. Entomologie*, 1922, fasc. 8) ha accertato che le larve e le ninfe di anofeli resistono a lungo in un substrato umido (come avevano già riconosciuto Celli e Casagrandi), ma che sono uccise rapidamente se, in queste condizioni, vengono sottoposte all'azione diretta dei raggi solari.

Le esperienze sono state eseguite su *Anopheles claviger* (*maculipennis*) e su *An.* (*Myzorhynchus*) *pseudopictus*.

L'A. ha applicato questa nozione in una risaia di un campo sperimentale della Bulgaria, conseguendo ottimi risultati.

Basta allontanare l'acqua a lunghi intervalli e per brevi periodi, scegliendo le giornate di sole. Le larve e le ninfe vengono asportate in scarso numero dalla corrente d'acqua, perchè si rifugiano quasi tutte nel fondo. Ivi però vengono uccise dai raggi solari, anche entro buche piene d'acqua e profonde fino a 5-6 cm. (salvo le larve più giovani); solo in cavità profonde almeno 10 cm. esse non risentono più l'azione larvicida del sole. Evidentemente conviene livellare il letto della risaia, per sopprimere questi rifugi.

Il trattamento va ripetuto due volte al mese, dalla metà di aprile alla metà di settembre; la durata deve variare: in estate bastano 1-2 giorni ogni volta, in primavera ed autunno conviene andare a 3-4 giorni, senza mai sorpassare questo limite. È preferibile di sottrarre l'acqua ed immetterla di notte. Il riso non soffre punto di questo trattamento.

V. L.

Echi del Congresso di Medicina Interna.

A complemento di quanto il prof. F. Musumeci Grasso comunicò circa i criteri direttivi sull'impiego del 914 nella cura della sifilide, va aggiunto che egli sostenne che le dosi di 914, specie all'inizio della cura, devono essere in rapporto inverso alla entità delle lesioni dall'ammalato presentate; che il trattamento col 914 deve essere iniziato al più presto; che il mercurio deve essere completamente abolito sia perchè da solo non può guarire la sifilide, sia perchè accoppiato al 914 ostacola l'azione sterilizzante del 914 e favorisce l'intossicazione arsenicale; che la cura deve essere protratta sino a che la Wassermann sia negativa, e che un malato si può ritenere guarito quando, con assenza di ogni sintomo clinico, i controlli serologici restano negativi per almeno 3 anni.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

I lavori recenti sulla sclerosi a placche.

(J. MOUZON. *Presse Médicale*, luglio 1922).

L'A. fa una sintesi delle più moderne vedute sulla eziologia della sclerosi a placche, malattia fino ad ora relegata da Strumpell nel gruppo di quelle a tipo degenerativo.

Alcune considerazioni di ordine anatomico e clinico, già da tempo avevano guidato alcuni ricercatori, con a capo il P. Marie, verso l'ipotesi che il substrato eziologico della malattia dovesse ricercarsi in un'infezione. E da un canto la somiglianza che alcune volte assumono nella sintomatologia e nel decorso alcune forme di sifilide meningo-vascolare e sifilide ereditaria con la sclerosi a placche, dall'altro la frequente linfocitosi, la reazione di Nonne-Appelt, dell'oro colloidale, del mastice e del benzoino colloidale che a volte sono positive nel liquido cefalo-rachidiano dei malati di sclerosi, aveva fatto balenare a qualche autore l'idea che un agente molto prossimo alla spirocheta pallida dovesse essere responsabile della malattia in questione.

Così si è giunti alla ricerca batteriologica diretta, che attraverso non lievi difficoltà ha dato qualche risultato positivo di valore però molto discusso.

Non senza riserve è stata quindi accolta la scoperta di una speciale spirocheta nell'asse cerebro-spinale di individui presentanti intravitam un quadro di sclerosi a placche.

Ma ricerche sperimentali coronate da successo, dovevano dar credito alle voci di quei pochi che s'eran levati a dimostrare la spirocheta. Ricerche sperimentali che da un canto condussero alla riproduzione nell'animale della sintomatologia dopo inoculazione di sangue e di liquido cefalo-rachidiano di individui malati, dall'altro dimostranti nel sistema nervoso di animali inoculati lesioni anatomiche simili a quelle osservate nell'uomo (abbondanza di corpi granulosi, alterazioni gravi della mielina, integrità relativa del cilindrasse, proliferazione gliale cospicua, ecc.). Da ultimo lo isolamento di speciali spirochete nel liquor e nel sangue di animali inoculati dava sempre maggior credito alla teoria microbica.

Recentemente per merito di Guillain è stato possibile ottenere la trasmissione in serie della malattia, isolando volta per volta negli animali da esperimento la spirocheta che è stata chiamata spirocheta argentineusis.

Sembra che la spirocheta argentineusis venga inoculata nell'uomo per mezzo di un acaro — *ixodes ricinus* — e che la malaria abbia bi-

sogno di parecchi anni d'incubazione prima di dar luogo alla nota sintomatologia.

RADOGNA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1367) *I purganti oleosi nella convalescenza del tifo.* — Al dott. G. G., abbonato n. 1362:

Non si può stabilire dopo quanti giorni di apiressia sia consentito dare purganti oleosi nella convalescenza del tifo, poichè ogni caso decorre con caratteristiche particolari, e mentre alle volte esistono manifesti e imponenti sintomi di ulcerazioni dell'intestino, altre volte manca ogni sintomo di lesione intestinale.

Occorre quindi regolarsi secondo il caso clinico e quando sia necessario ricorrere allo svuotamento dell'intestino, è preferibile usare un clistere le cui controindicazioni ed eventuali inconvenienti o pericoli sono assai minori di quelli rappresentati da una purga. *e. t.*

(1368) *Rachialbuminometro di Nissl.* — Al dott. G. G., abbonato n. 1362:

Il rachialbuminometro di Nissl, costituito da una provetta imbutiforme, con una graduazione nella sua porzione inferiore, ha due suddivisioni contrassegnate coi numeri 2 e 3. Per l'uso, si mette liquido cefalo-rachidiano sino al segno 2 e si aggiunge reattivo di Esbach sino al segno 3. Indi in centrifuga che abbia la velocità di 3000 giri al minuto, si centrifuga per 10 minuti. L'albumina precipitata si raccoglie al fondo e la graduazione indica in decimi di grammi il per mille contenuto nel liquido cefalo-rachidiano. *e. t.*

(1369) *Distruzione dei topi.* — All'abb. 3263:

Non sono consigliabili i virus, tanto più che si sono avuti casi di infezione nell'uomo per il *Bact. typhi murium.*

Provi con la pasta badese (a base di fosforo) che può acquistare dai droghieri, spalmandola sopra pezzi di pane; si tratta però di una sostanza tossica per altri animali. Consigliabile è il carbonato di bario che si mescola con farina in proporzione di una parte su tre, e se ne fa una pasta, che poi si divide in pillole. Oppure si può mescolare il carbonato di bario con sego fuso (nelle stesse proporzioni. *fil.*

(1370) *Terminologia medica.* — All'abbonato n. 6245-(1):

In lingua italiana abbiamo altre volte suggerito il Ferrio (Unione Tip. Editr. Torinese) e il Caratù (Idelson); l'uno e l'altro non recentissimi.

Ottimo è il Guttmann, *Medizinische Terminologie* (Urban u. Schwarzenberg, 1920, con 464 incisioni).

Possono anche valere i dizionari medici, sul tipo del Littré-Gilbert (J.-B. Baillière et fils, 1905). *a. p.*

(1371) Al dott. D. A., Cortona:

Qualunque Istituto produttore di sieri e vaccini è in grado di fornirle quanto ella richiede; p. e. Istituto Sieroterapico Milanese, diretto dal prof. Belfanti a Milano, Istituto siero-vaccino-terapico italiano diretto dal professor Bandi a Napoli, Istituto Sieroterapico e vaccinogeno toscano diretto dal prof. Sclavo a Siena.

fil.

(1372) All'abb. n. 2714:

Non è possibile, qui, nè anche riassumere tutto ciò che ci è noto sulle iniezioni endomuscolari di arsenobenzoli.

Abbiamo già dato altre volte indicazioni bibliografiche sull'argomento in questa rubrica.

V. M.

VARIA

Per la coltura delle piante medicinali.

Il prof. H. G. Greenisch, decano della Scuola di Farmacia della Gran Bretagna a Londra, ha illustrato la convenienza d'istituire una *Stazione sperimentale per lo studio delle piante medicinali.* Egli ha tracciato un programma di ricerche riguardanti la selezione, l'ibridismo e la concimazione, con lo scopo di accrescere la quantità di principî attivi nelle piante medicinali. Un tema di particolare interesse sarebbe l'accertamento del compito assunto dagli alcaloidi nella vita delle piante. Oggi va affermandosi il principio che la deposizione di alcaloidi costituisce un mezzo con cui la pianta accantona l'eccesso di azoto, risultante dal catabolismo di sostanze proteiche complesse; ad ogni modo, finchè non verrà proiettata maggior luce su questo punto, riesce difficile concepire come possano condursi esperienze razionali dirette a far produrre dalle piante in maggiori quantità gli alcaloidi. In avvenire, la sintesi di alcuni alcaloidi, come la chinina, potrà costituire un trionfo della chimica organica; ma per ora conviene utilizzare gl'innumerevoli microscopici laboratori che ogni pianta porta nelle sue cellule.

Una Stazione sulle direttive tracciate è già organizzata nel Wisconsin (S. U. d'A.).

(*Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 2 sett. 1922).

a. p.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Punto fermo al progetto di assicurazione obbligatoria sulle malattie.

Dal 1917 è in gestazione un progetto di assicurazione obbligatoria contro le malattie. Consiste questa assicurazione in un assegno giornaliero che viene versato all'assicurato in caso di malattie; nella prestazione gratuita della cura e di tutti i sussidi terapeutici comprese le cure specializzate.

Così come ho schematizzato il progetto sembra si voglia dai legislatori considerare la malattia alla stregua di un infortunio; va pure aggiunto che il sistema assicurativo di cui qui è parola se appare a noi come una novità, vige invece da oltre quarant'anni in Germania ed è pure attuato in altri Stati d'Europa, in più o meno larga misura e con un'ingerenza più o meno diretta dello Stato sul meccanismo dell'assicurazione.

In Italia dove, per invalsa abitudine, si corre troppo, vi è già concorde intenzione nei proponenti di estendere il beneficio dell'assicurazione a larghissimi strati di lavoratori, comprendendovi beninteso i membri delle rispettive famiglie, per cui, ad un calcolo grossolano, risulterebbero inscritti circa 28 milioni di cittadini nelle nuove liste di beneficenza. Mezzadri, piccoli proprietari, piccoli commercianti, ecc., che nell'attuale regime di assistenza sanitaria si trovano esclusi dall'elenco dei poveri avrebbero al pari degli altri lavoratori diritto alla cura ed al sussidio.

Vien subito di chiedere: dove trovare i mezzi per sussidiare tutta questa gente? la quale non si farà certo riguardo nell'accusarsi ammalata quando essa sappia di ritrarre quasi un vantaggio dal suo stato di malattia! E nei riguardi del finanziamento, che volere o no è l'asse centrale di tutto il sistema, sono apparsi due opposti propositi: uno vorrebbe addossare l'intero onere sull'assicurato, l'altro vorrebbe invece riversarlo sullo Stato. Fra le due proposte ne è sorta una intermedia la quale pretende dall'assicurato un premio proporzionale da versarsi ad una Cassa, mentre lo Stato interverrebbe a colmare l'eventuale (diciamo noi immancabile) *deficit;* per questo contributo è riservato all'autorità governativa di esercitare un rigoroso controllo sull'intera gestione.

A questo punto è necessario far rientrare in argomento una premessa che avevamo gettata sul principio: in altri Stati, la prova è stata fatta, e si è chiusa può dirsi senz'altro, con un disastro sia per i risultati che si attendevano, sia per le finanze dello Stato. Occorre leggere in proposito, quello che si scrive oggi in Germania contro questo genere di assicurazioni: le sale dei medici sono rigurgitanti di ammalati più o meno immaginari, pochi sono i veri malati; il premio assicurativo è stato sempre insufficiente e lo Stato ha dovuto rimettere fior di quattrini; lo scopo che ci si proponeva, di sorprendere l'uomo malato fin dal principio, viene frustrato dalla speculazione che medici e clienti, in tacita combutta, praticano in danno delle Mutue Assicurazioni e dell'erario così che tutto il sistema si riduce rispettivamente ad una spasmodica ricerca del sussidio di malattia o del malato.

Ora il più elementare buon senso permette di prevedere già quello che succederebbe in Italia, paese a sentimenti sociali e nazionali appena accennati, se si introducesse tutto in una volta, una così munifica forma di beneficenza: intere popolazioni, nel periodo di disoccupazione legato irrimediabilmente alle vicende agricole, vorrebbero passare per ammalati per ottenere il sussidio; la morbilità artificialmente aumentata si ripercuoterebbe da noi in misura più disastrosa, senza calcolare che l'assicurazione avrebbe per effetto di togliere anche quel senso di previdenza che è appena rudimentale presso le nostre classi lavoratrici, ma che ne costituisce ancora uno dei più pregevoli requisiti.

Eppure nonostante queste facili ma sicure previsioni, nonostante che i quotidiani di qualunque colore ammoniscano contro gli sperperi, vediamo con doloroso stupore sui giornali di medicina nostri uomini eminenti del campo professionale sanitario, accanirsi ancora su questo progetto, discuterne, insistere, perchè la sua attuazione sia pronta.

Oggi, lo vedrebbero i ciechi, un progetto il quale, come quello in parola, venisse a gravare colla bagattella di qualche miliardo sull'erario, non può esser sostenuto da un buon cittadino anche se gli avesse a dolere l'inevitabile danno all'interesse di qualche persona. Questo progetto poi data la sua natura sociale, deve essere oggi più che mai insieme ad altri monumenti della social-democrazia relegato in soffitta per almeno un secolo, attendendo che nuovi avvenimenti maturino e che sopratutto si rinsangui l'esausto erario: esso si troverà in buona compagnia con altre statizzazioni, con alcuni monopoli, con alcune municipalizzazioni le quali hanno avuto nella loro breve ed ingloriosa vita il tempo di dimostrarsi esiziali per le finanze dello Stato e dei Comuni.

Quale poi sia l'umore del Partito Nazionale fascista sull'argomento in parola esso ci si palesa evidente in quell'occupazione della Mutua Assicuratrice di Trieste, la quale rappresentava una delle più scandalose speculazioni alle spalle delle finanze italiane: e perciò sconsigliabile, in un'atmosfera che si va saturando ogni giorno più di fascismo insistere e voler ripresentare il progetto all'approvazione della Camera.

Riteniamo invece che se si vuol fare qualche cosa di bene per l'assistenza sanitaria delle nostre classi lavoratrici si possa con pochissimo aggravio, migliorare l'assistenza domiciliare che si pratica oggi per mezzo della condotta, istituzione prettamente italiana; instituire più frequenti cen-

tri di ricovero ospitaliero specialmente nei paesi di montagna; rendere accessibili ad un numero maggiore di cittadini il sussidio di cure specializzate. Eviteremo così una quantità di ragionamenti che girano a folle, non cadremo nella demagogia ed eviteremo all'erario una nuova causa di disastro.

UGO RIGHI.

Modena, 28 ottobre 1922.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per gli Ospedali policlinici universitari.

Lettera del prof. dott. BARDUZZI all'onorevole prof. CIRINCIONE.

Onorevole Collega,

La ringrazio del suo Opuscolo cortesemente inviatomi: *Economie che si potrebbero fare nell'amministrazione del Policlinico di Roma con le quali si fronteggerebbero le spese per impedire lo* STRONCAMENTO *di 118 cattedre universitarie.*

Riservandomi di tornare altra volta sulla applicazione della nuova non troppo felice Legge universitaria per la quale una Commissione sta provvedendo al riordinamento delle Cattedre, giudico opportuno le critiche che ella fa, per quanto severe, sul funzionamento burocratico complesso e dispendiosissimo del Policlinico di Roma.

Anzi non parmi fuori di luogo sottoporre al di Lei giudizio una proposta che da tempo vado maturando nella mente riguardo all'ordinamento speciale degli Ospedali che, mediante particolari Convenzioni con il Ministero della P. Istruzione, hanno assunto il mantenimento delle Cliniche universitarie. Non voglio entrare qui nella complessa e vessata questione, ma debbo ripetere che è stato grave e dannoso errore del Governo non provvedere da molti anni ad una generale sistemazione organica degli Ospedali clinici universitari. Invece il Policlinico di Roma, istituito originariamente per tutte le Cliniche, è stato trasformato in un Istituto spedaliero misto al cui funzionamento amministrativo non si è saputo provvedere che mediante leggi di compenso fino all'ultima del 1908 mercè la quale lo Stato ha l'obbligo non solo di pareggiare ogni anno i vistosi *deficit* degli Ospedali di Roma, ma di provvedere ai bisogni presenti e futuri di essi facendo carico al Ministero dell'Istruzione il mantenimento delle Cliniche.

Ella ha dimostrato che l'erario pubblico paga per l'Ospedale policlinico, escluse le cliniche universitarie, 7 milioni e 737 mila 517 lire ogni anno, e che per mantenere gli infermi di Roma e della Provincia spende l'enorme somma di 20 milioni annualmente, e che appare insufficiente.

Perciò ella propone che l'esercizio di tutto lo Spedale policlinico venga affidato alle Cliniche universitarie stesse onde *fare cessare lo spettacolo niente edificante di due Ministeri in tacita lotta fra loro: quello degli Interni che vi si è ficcato per strozzare*, come ella dice, *senza saperlo, mediante l'amministrazione spedaliera gli insegnamenti clinici, e l'altro della P. Istruzione che lotta per non farsi strozzare...*

Io sono intimamente convinto che per togliere questo stato anormale di cose, dannoso a tutti, non vi sia altra via razionale, utile, efficace che quella di convertire con una legge sollecitamente tutti gli Ospedali che debbono accogliere le Cliniche universitarie in Policlinici, sia per troncare dualismi deleterii, sia per dare responsabilità e sviluppo maggiore ai Direttori dei servizi clinici, compresi quelli di Roma oramai assoggettati al Ministero dell'Interno.

L'Ospedale policlinico di Siena, nel quale ella è stato valoroso insegnante per breve tempo, il quale conta oramai 36 anni di vita, parmi sia, sebbene unico, un esempio assai eloquente del modo con il quale si potrebbe con la legge speciale accennata risolvere la impellente, grave questione in modo generale e razionale nelle attuali tristi condizioni economiche delle amministrazioni spedaliere e del Tesoro dello Stato.

Per tal modo soltanto si potrebbero assai meglio armonizzare i fini dell'assistenza spedaliera con quelli degli insegnamenti clinici facendomene persuaso una esperienza di quasi 30 anni di Presidente del Consiglio dei clinici del Policlinico universitario Senese.

Cordialmente salutandola, suo

Prof. BARDUZZI.

MEDICINA SOCIALE.

Rimedî alla diffusione della cocainomania.

Courtois-Suffit e R. Giroux hanno portato all'Accademia di Medicina di Parigi (*Bulletin*, 18 luglio) nuovi documenti sul traffico della cocaina, che tende a diffondersi sempre più. A giudicare dal numero degli arresti, che dal 1916 al 1921 sono più che quadruplicati, si deve ritenere che il commercio del tossico aumenta incessantemente. Al vecchio nomignolo di cocò, se ne sono sostituiti altri: «polverina, neve, respirina, bianchetto, ecc.». Innumerevoli sono poi gli stratagemmi per dissimulare il commercio: braccialetti con falso orologio, medaglioni, scatole a doppio fondo, biscotti, mandarini falsi, riempiti con la droga, fiori artificiali, che contengono, nascosta sotto i petali, una piccola busta con 2-3 grammi della droga.

I venditori, poi, non portano mai con loro la cocaina, essi cercano la clientela e sono seguiti, a distanza, da un distributore, che riceve per tale bisogna 50-60 franchi per notte. Talvolta il venditore si fa pagare ed indica un nascondiglio in cui il cliente troverà la cocaina desiderata, senza venire mai truffato.

Non solo nelle grandi città la cocaina ha preso piede, ma anche nelle campagne; particolarmente diffusa essa è fra gli artisti cinematografici, i quali ritengono che renda l'occhio più brillante e più fotogenico. Dove il gusto per la droga è ancor più avanzato, come in America, non mancano gli spacciatori, che vanno ad offrirla ai giovani, mentre escono dalle scuole; le prime dosi sono date gratuitamente con la certezza di rivalersene in seguito.

Specialmente nei grandi centri vi sono depositi importanti, che gli AA. ritengono riforniti dalla Germania, e si è stabilita una vera borsa di commercio, dove commercianti ed intossicati discutono il prezzo della cocaina. Esso è attualmente di 1300 franchi il kg.; se si pensi che ogni grammo viene smerciato a 20 franchi, si comprende che l'enorme guadagno incoraggia ogni speculazione ed ogni rischio.

Davanti a tale minaccia per il benessere sociale, gli AA. ritengono necessarie severe disposizioni legislative, modificando le disposizioni emanate nel 1916, e cioè: 1) Interdire il soggiorno per non meno di 5 anni ai trafficanti; portare la prigione da 5 a 10 anni, non ammettendo proroghe di sorta; elevare le ammende; procedere alla chiusura, eventualmente definitiva, dello stabilimento farmaceutico in cui è avvenuto il delitto. Sorvegliare il traffico ai confini, nominare una Commissione internazionale per gli stupefacenti e permettere le perquisizioni domiciliari notturne. *fil.*

Cronaca del movimento professionale.

La legge sulla Cassa Pensione ai Sanitari e l'Azione della Presidenza Generale dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Ci si comunica, da Roma, con preghiera di pubblicazione sui giornali di classe, quanto segue:

Il Presidente gen. dell'Associazione Nazionale Medici Condotti, dott. Achille Vacino, si è in questi giorni assicurato che il progetto di legge sulla Pensione ai Sanitarii, già approvato alla Camera il 6 luglio 1922, fosse *finalmente* presentato agli Uffici del Senato.

Oltre a questo ha inviato ai signori Senatori copia del progetto di legge e il seguente memoriale, che riassume i punti capitali e più salienti del progetto stesso:

Memoriale sul disegno di legge (*n.* 1335): «*Modificazioni al Testo Unico delle Leggi sulla Cassa Pensione dei Sanitari*», approvato dalla Camera dei Deputati il 6 luglio 1922, ed in attesa di esame dal Senato.

L'Associazione Nazionale dei Medici Condotti fa rispettosa istanza all'Alto Consesso per sollecitarne l'approvazione pei seguenti motivi:

1) Per ragioni di *equità;* poichè le pensioni attuali (da L. 900 a L. 3000 annue) non possono permettere ai vecchi sanitari di andare in pensione e questi devono perciò trascinare gli ultimi loro anni di vita con stenti e con danno loro e del servizio.

2) Per ragioni di *interesse generale* del servizio sanitario; poichè col miglioramento del disegno di legge succitato, il sanitario anziano potrebbe lasciare il posto a medici più giovani (tra i quali numerosi quelli che prestarono servizio militare) i quali, specie nelle campagne, potrebbero meglio sopportare i disagi fisici.

3) Perchè l'onere finanziario che ne deriva grava in parte uguale sul medico e sul Comune (L. 400 annue). Il Comune però immediatamente si rivale di questa somma perchè risparmia le quote che dovrebbero dare al medico anziano se rimane in servizio per gli aumenti quinquennali o sessennali (circa L. 1500).

L'onere per lo Stato è *minimo*: 250 mila lire per *10 anni,* per integrare l'assegno ai pensionati tardivamente iscrittisi alla Cassa Pensione;

L. 55,000 per i medici Carcerari e Coloniali direttamente dipendenti dallo Stato, pei quali non potrebbe fare trattamento di sfavore di fronte agli altri impiegati.

Tale somma non è di entità così grave da giustificarne il rifiuto da parte del Senato ad una classe che pure ha avuto dal Governo e dallo stesso Senato ripetute assicurazioni di considerazione dell'opera sua altamente benemerita della pubblica salute.

Il Presid. gen. dell'Assoc. Medici Condotti:
Dott. A. VACINO.

Da Milano, pure in merito al progetto delle Pensioni, riceviamo:

Dopo una importante riunione tenutasi il 17 novembre u. s., nella sede dell'Ordine dei Medici di Milano, via Dogana 2, a cui parteciparono i rappresentanti dell'Ordine di Milano e Pavia e i Presidenti sezionali dell'A. N. M. C. di Milano e Pavia ed il rappresentante della Presidenza generale dell'A. N. M. C., fu inviato al Presidente del Consiglio dei Ministri il seguente telegramma:

Eccellenza Mussolini — Roma,

Ordini Medici Milano, Pavia, Vice Presidenza Associazione Nazionale Medici Condotti, oggi riuniti, rivolgono Eccellenza Vostra vivissima preghiera sollecita presentazione Uffici Senato progetto pensioni Medici Condotti già approvato Camera Deputati.
Prof. BERTAZZOLI.
Dott. LURASCHI.

Collegio per gli orfani dei Sanitari.

Il 20 ottobre ebbe luogo l'adunanza del Consiglio di amministrazione dell'Opera Pia per ratificare alcuni provvedimenti presi dalla Giunta in via d'urgenza e per discutere il bilancio preventivo per l'anno scolastico che si inizia: tale bilancio, che prevede un'entrata complessiva di lire 737,236.80 alle quali fanno riscontro altrettante in uscita, in esse comprese L. 2,050 da passarsi al fondo di riserva, fu approvato in tutte le sue voci.

Si provvide alla designazione delle varie assistenze. Cessazioni di posti in convitto: 9 nella Sezione maschile e 6 nella femminile. Borse di studio cessanti 17, per un complessivo di L. 11,900. Sussidi cessanti 5, per L. 2,300. Nuove assistenze: 5 aumenti di borse di studio, per L. 12,250; 1 aumento di retta ad ex-assistiti L. 500; 1 aumento di sussidio in corso, per L. 300. Borse di studio nuove: 11 per L. 7,300. Nuove assegnazioni di posti in convitto maschile: 13 (11 figli di medici

e 2 figli di veterinari), oltre a 2 posti nel Convitto femminile. Furono inoltre assegnate 17 borse di studio per L. 10,350; per 7 rette in altri convitti L. 6,800; si disposero altri 9 sussidi ordinari per L. 5,300.

All'orfano di un medico, prematuramente scomparso, fu assegnata l'assistenza invocata.

Fu votato un telegramma di memore ossequio all'illustre Presidente prof. Simonetta.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Riporto (*vedi fasc.* 47) . . . L. 8,794.50

(ROMA):

Magg. Candidori	»	100 —
Ten. Col. Caccia	»	110 —
Cap. Zucchi	»	100 —
Ten Col. Columba	»	130 —
Cap. D'Avock	»	100 —
Magg. Cogliati	»	100 —
Br. Gen. Calegari	»	140 —
Prof. Ferretti	»	100 —
Cap. Carlucci	»	100 —
Cap. Lazzè	»	100 —
Prof. Della Vedova	»	100 —
Prof. Baffoni	»	50 —
Magg. Faraggiana	»	100 —
Ten. Col Casali	»	100 —
Cap. Manfredi	»	100 —
Magg. Lapponi	»	100 —
Cap. Mestica	»	100 —
Br. Gen. Bernucci	»	200 —
Cap. Grillo	»	100 —
Cap. Pagano	»	100 —
Col. Oddera	»	150 —
Ten. Col. De Maria	»	130 —
Magg. De Logu	»	100 —
Prof. Carducci	»	100 —
Dott. De Sanctis	»	25 —
Dott. Politi Fiamini	»	50 —
Dott. Casella	»	50 —
Dott. Venere	»	50 —
Dott. Birelli	»	15 —
Dott. Schiavone	»	30 —
Dott. Saiotti	»	50 —
Dott. Buonanome	»	20 —
Dott. Vanghetti	»	20 —
Ten. Col. Perna	»	500 —

(MILANO):

Ten. Col. Virgili	L.	127.90
Magg. Monguzzi	»	105.55
Magg. Panagia	»	107.20
Cap. Gurgo	»	87 —
Ten. Alberti	»	79.40
Cap. Viana	»	88.85
Cap. Negro	»	88 —
Cap. Pozzi	»	83.15
Cap. Lorenzoni	»	75.25
Cap. De La Pierre	»	86.20
Dott. Garampazzi	»	50 —
Dott. Ferrero	»	100 —
TOTALE	L.	13,293 —

(*Continua*).

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9734) *Indennità caro-viveri - Aumento di stipendio.* — Dott. V. R. da F. A. — Avendo lasciato il servizio da ben due anni, non può chiedere aumento di stipendio. Potrebbe chiedere il caro-viveri dal 1° gennaio 1919 al giorno in cui lasciò il Comune.

(9735) *Concorsi.* — Dott. G. B. da S. — La legge non pone alcun limite. Basta aver fatto servizio anche sol per pochi giorni in altro Comune per poter godere della esenzione, di cui al capoverso ultimo dello articolo 27 del Regolamento generale sanitario.

(9736) *Pensioni - Licenziamento veterinario consorziale.* — Dott. G. B. da A. — Risposto direttamente come da suo desiderio.

(9737) *Interpetrazione.* — Dott. A. M. da I. D. — In primo luogo facciamo osservare che commettiamo la medesima colpa tanto noi scambiando il *quanto* in *come*, quanto Lei che sostituisce un *tanto*, che non esiste. È vero che tutti possono andare in pensione con 25 anni di servizio, ma non liquidano la pensione intera: ne liquidano tanti decimali di essa quanti sono gli anni di servizio. Invece, se dopo 25 anni di servizio si adduce una infermità contratta in servizio si liquida la pensione massima o maggiore. Tale è la nostra convinzione.

(9738) *Pensioni.* — Dott. V. V. da C. I. — Le compete la indennità pagabile una volta tanto in lire 1587. Per ottenere la liquidazione di tale indennità occorre fare domanda all'ufficio sanitario provinciale allegando un certificato medico. Bisogna all'uopo tener presenti le disposizioni contenute nel regolamento approvato con D. L. del 7 gennaio 1917, n. 295.

(9739) *Indennità cavalcatura - Ricchezza mobile.* — Dott. V. G. da C. I. — Quando si corrisponde al sanitario condotto una quota fissa annuale o mensile per la cavalcatura, in modo da compensarlo *à forfait*, si deve su tale somma pagare la tassa di Ricchezza mobile. Se al medico riesce gravoso pagarla, può chiedere un aumento dello assegno al Comune o, quanto meno, un congruo aumento di stipendio di ufficio dalla G. P. A. ai sensi dello articolo 26 della legge.

(9740) *Ufficiale sanitario - Veterinario comunale.* — Dott. abbonato n. 2517 (1). — L'interpetrazione giusta dello articolo 8 del Regolamento 3 agosto 1890 è quella da Lei esposta. Non risulta che l'autorità giudiziaria o l'amministrativa si sia ancora occupata della faccenda, che non pare abbia sinora, dato luogo ad equivoca interpetrazione.

(9741) *Indennità caro-viveri.* — Dott. O. D. L. da C. — Le compete la maggiore indennità pei tre figli minorenni. A Lei, come vedovo con prole, compete la indennità di lire 100 mensili.

(9742) *Infortunii industriali.* — Dott. abbonato n. 8272. — Altro è prima vista allo infortunato, altro sono le prime immediate cure. La prima è fatta dal medico condotto gratuitamente, se l'in-

fortunato è compreso nello elenco dei poveri, le altre sono a carico dell'esercente.

(9743) *Pagamento mandato.* — Dott. L. B. da C. — Potrà fare un sequestro preventivo di tutte le entrate comunali escluse le tasse. Però è consigliabile che prima di ricorrere a tale estremo ne interessi il Prefetto, per fare obbligo all'esattore di pagare. I mandati rilasciati si prescrivono in 30 anni perchè essi ora rappresentano un credito e, come tali, vanno favoriti da lunga prescrizione. Doctor JUSTITIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Al 16 dic. Per Bargi. Ab. 2649; circa 250 pov. L. 8000, oltre L. 500 disag. res.. L. 300 cav., 4 trienni e 1 quinquennio di L. 600, un c.-v., rimborso R. M. sulle prime lire 5.000, L. 400 arm. farm. Età limiti 25-40. Serv. entro 15 giorni.

FORMIA (*Terra di Lavoro*). — Staz. climatica. Ab. 10,279. L. 6000 e quinquenni dec. Scad. ore 12 del 31 dic. Età lim. 44, salvo per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte o in Ospedali. Accettaz. entro 5 g., servizio entro 30.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

MILAZZO (*Messina*). — Due condotte; al 10 dic.; L. 5000 (*sic*) oltre L. 300 serv. carcere e L. 600 trasferta per la 2ª zona, L. 1200 trasferta per la 3ª zona. Informazioni dal Segretario comun.

MONTASOLA (*Perugia*). — Al 15 dic. Consor. con Vacone. L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 resid. povera, L. 3000 cav., L. 100 (*sic*) uff. san., L. 300 assicur., 3 quinq. decimo. Inscriz. in un albo. Ab. 765 più 450.

OLEVANO ROMANO (*Roma*). — 2ª cond.; scadenza 30 giorni dal 10 nov.; L. 7000 e c.-v.; 5 quadr. dec.

SOIANA (*Pisa*). — Scad. 15 dic. L. 6000 per 270 pov., doppio c.-v., L. 2000 trasp. senza obbl. cav.

VALENTANO (*Roma*). — Scad. 15 dic. L. 7000 per 2000 (*sic*) pov., addizion. L. 1.50, L. 360 uff. san., L. 2500 servizio carcere, c.-v.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Albairate (Milano), S. Giorgio in Bosco (Padova), S. Fedele Intelvi (Como), Marotta Mondolfo (Pesaro).

Revoca di diffide: Cappella Picenardi-Cicognola (Cremona), Celle Enemondo, cons. Cisliano-Cusago (Milano).

CONCORSI A PREMIO.

È aperto il concorso al posto di perfezionamento «Maffucci» da godersi nell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Pisa, per due anni consecutivi. Il vincitore godrà per ciascuno dei due anni un assegno di L. 1000. Possono concorrere al posto i laureati in medicina e chirurgia nell'Università di Pisa od in altro Istituto superiore del Regno nell'anno scolastico 1921-22 o in quello precedente. Il concorso è per titoli; tuttavia la Commissione giudicatrice potrà anche sottoporre i concorrenti ad una prova di esame. Le domande dovranno essere presentate alla Segreteria della Università di Pisa non più tardi del 30 novembre 1922.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

NELLE UNIVERSITÀ.

Beccari dott. Nello è nominato, in seguito a concorso, straordinario di anatomia umana a Catania.

Bosellini prof. Pier Lodovico, ordinario di clinica dermosifilopatica a Messina, è trasferito a Pisa.

Cappelli prof. Jader, straordinario di clinica dermosifilopatica a Cagliari, è trasferito a Torino.

Dionisi prof. Antonio, ordinario di anatomia patologica a Palermo, è trasferito a Roma.

Luna dott. Emerico è nominato, in seguito a concorso, straordinario di anatomia umana normale a Palermo.

Nigrisoli prof. Bartolo è nominato col suo consenso ordinario di clinica chirurgica generale, semeiotica e medicina operatoria in base all'art. 24 del T. U. delle leggi sull'istruzione superiore, a Bologna.

Speciale prof. Filippo, straordinario di clinica oculistica a Cagliari, è trasferito a Torino.

Vitali dott. Giovanni è nominato, in seguito a concorso, straordinario di anatomia umana a Cagliari.

Sono accettate le volontarie dimissioni da straordinario di traumatologia presentate da Di Giacomo prof. Annibale.

Dal C. S. della P. I. sono stati approvati gli atti del concorso per la nomina a straordinario di ginecologia e ostetricia a Sassari, con esito sulla terna: Gentile, Decio e Gaifami; e quelli del concorso a straordinario di patologia speciale chirurgica dimostrativa a Pisa, per il quale la terna proposta dalla Commissione aggiudicatrice, oltre i due concorrenti già professori straordinari della materia, Ferrarini e Fichera, è così formata: Leotta, Bolognesi e Fiori.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatore: dott. Repetti G. Vittorio, col. medico nella R. Marina.

Cavalieri: dottori Sodano Pasquale, Nastaro Tommaso, Rosso Gustavo, primi capitani medici nella R. Marina.

NOTIZIE DIVERSE.

Il fascio medico parlamentare.

Si è riunito a Montecitorio, sotto la presidenza dell'on. Cirincione.

Si è discusso il seguente ordine del giorno:

1) Fare obbligo all'ufficiale dello Stato civile di ogni Comune di chiedere agli sposi se sono forniti di un certificato medico senza di che la mancanza di esso costituisce impedimento alla celebrazione del matrimonio.

Al riguardo l'on. Mattioli ha proposto che la richiesta fosse fatta oltre che per il certificato medico anche per una polizza di assicurazione sulla vita;

2) Progetto di legge per la profilassi delle oftalmiti nei neonati;

3) Disegno di legge n. 1638-A sul bilancio del Pio Istituto di S. Spirito ed ospedali riuniti di Roma;

4) Progetto di legge per la installazione di una cassetta di pronto soccorso nei treni viaggiatori, da tenersi in consegna dal capotreno, e al bisogno, da consegnarsi al sanitario che eventualmente si trovasse fra i viaggiatori.

La discussione, cui presero parte gli on. Faranda, Mattoli, Bianchi Carlo, Capasso, Bussi, Guaccero, Cirincione, si è svolta esaurientemente e si addivenne alle seguenti deliberazioni:

Pel 1) e 2) punto dell'ordine del giorno si è dato mandato all'on. Capasso di compilare i relativi progetti di legge. Pel 3) dietro parere dell'on. Faranda approvato all'unanimità, si è deliberato di proporre alla Camera in occasione della discussione pubblica sul progetto 1638-A il consolidamento della spesa per gli ospedali riuniti di Roma ed il distacco amministrativo del Policlinico, da porre alle dipendenze del Ministero della Pubblica Istruzione.

Per il 4) si è incaricata una Commissione per invitare la Direzione generale delle FF. SS., ad attuare la proposta nell'interesse dell'assistenza dei viaggiatori.

L'inaugurazione dell'anno accademico all'Università di Roma.

Ebbe luogo il 19 novembre, alla presenza del ministro Gentile e di altre autorità.

Il rettore, sen. Sanarelli, tenne un notevole discorso, in cui rilevò che all'indomani della guerra si è verificata, in molti paesi compreso il nostro, una preoccupante crisi dell'alta coltura ed una fase d'arresto delle ricerche scientifiche. Fece risalire la responsabilità del fatto specialmente ai banditori delle grandi utopie a favore di nuove forme di assetto sociale, i quali guardarono sempre con indifferenza le ricerche della scienza pura, forse perchè troppo lontane dalle necessità immediate. Ogni applicazione pratica è preceduta da scoperte nel campo della scienza pura; ma le moltitudini ignorano l'utilità della scienza e le democrazie parlamentari non ne apprezzano abbastanza il valore nazionale e sociale.

Sull'esempio dei paesi stranieri, la scienza italiana dovrebbe chiedere l'ausilio del mecenatismo privato e non fare affidamento sulle sole risorse dello Stato. Ma è necessario che l'Italia vittoriosa ravvivi lo spirito scientifico e favorisca la preparazione degli studiosi, con maggiori tutele morali ed economiche, poichè la scienza è fonte di ricchezza, di salute, di potenza.

Il discorso inaugurale venne pronunziato dal prof. Del Vecchio, sul tema «La giustizia».

Società medico-chirurgica degli Ospedali d'Abruzzo.

Ad iniziativa del prof. Mattioli e col concorso di quasi tutti i medici ospedalieri della regione si è costituita la Società medico-chirurgica degli ospedali abruzzesi; si è affidato ad una Commissione di sei membri (due per provincia) il compito di formulare lo Statuto ed il Regolamento. La Società ha tenuto una prima adunanza scientifica nell'Ospedale Civile di Chieti.

Una visita di medici esteri al Sanatorio di Anzio.

La missione dei medici della Società delle Nazioni, rappresentanti di sette nazionalità europee e della «Rockefeller Foundation», dopo aver ascoltato una lezione sulla malaria dal prof. Gosio, alla scuola di malariologia a Nettuno, ha visitato il Sanatorio militare di Anzio.

Ricevuta dal Direttore di Sanità del Corpo di Armata colonnello Recchione e da tutti i medici in servizio dott. Bocchetti, Cardarelli, Potenza, Barbieri, Lanzoni e Sciarretta, ha girato per circa un'ora nel magnifico Istituto.

Il direttore del Sanatorio, capitano Bocchetti, ha salutato gli ospiti e ha fatto una lucida esposizione di tutto il congegno sanatoriale, delle applicazioni elioterapiche, delle cure con pneumotorace artificiale, con tubercolina, della terapia del lavoro e di tutti gli altri metodi di cure attivanti che con prudenza e successo si praticano nell'Istituto.

I Medici stranieri hanno ammirato la grandiosità della pineta settecentesca, i varii servizi tenuti con perfetto ordine, il lavoro eseguito dagli infermi e visitando molti malati, hanno constatato i successi delle varie cure. Il dott. Parodi, a nome di tutta la missione, ha espresso in forma brillante il vivo compiacimento per la bellezza dell'Istituto ed ha elogiato la Sanità militare italiana. Il capitano Bocchetti ha risposto ringraziando ed inneggiando alla solidarietà della scienza.

IX Congresso internazionale di Odontologia.

A questo Congresso, di cui abbiamo dato notizia nel fasc. 47, l'Italia era rappresentata dai proff. Chiavaro e Piperno di Roma e dal comm. Guerini di Napoli.

Una truffa a danno degli Abbonati viene compiuta da individui che si qualificano come agenti dell'Amministrazione, delegati a riscuotere le quote d'abbonamento. La truffa viene denunziata dall'Amministrazione sulla copertina di questo fascicolo, in un annunzio che non mancherà di richiamare l'attenzione dei dottori.

Commemorazione di Maffucci.

Con grande solennità il giorno 8 ottobre, presenti il Prefetto e le principali autorità politiche, amministrative e militari della provincia di Avellino, numerose associazioni e rappresentanze, fu scoperta a Calitri una lapide con un grosso medaglione in bronzo raffigurante il Maffucci, opera del prof. De Candia, con iscrizione dettata dal senatore Cocchia.

Numerosissime e significative le adesioni. Parlarono il dott. Alessio Nicolais per la Sanità, il prof. Alfonso Di Vestea per l'Università di Pisa, lo studente Arturo Capeci per la *Corda Fratres*, S. E. Siciliani per il Governo, l'on. F. P. Sgobbo per la Deputazione provinciale e l'Ordine dei medici, il prof. Andrea Ferrannini, oratore ufficiale, il sindaco avv. Berrilli, l'ing. Michele Nicolais per la famiglia.

Si formò poi un imponente corteo. Venne servito un sontuoso banchetto in casa Berrilli; presero ancora la parola S. E. Petrillo, S. E. Siciliani, il barone Zampiglione, il prof. Di Vestea.

Il dott. ALFREDO MARTINET, era nato nel 1868 da una famiglia modestissima; condusse una giovinezza delle più penose: fu impiegato di commercio, fu istitutore; dopo aver conseguito la licenza in matematiche, venne attratto dalla carriera medica. Il lavoro eccessivo e le privazioni stavano per aver ragione della sua tenacia; ma egli riuscì a trionfarne. Giunse brillantemente all'Internato degli Ospedali di Parigi; ma poi rimase a lungo nell'ombra, mentre perfezionava il suo talento d'osservazione, il suo senso clinico, la sua cultura e creava un metodo personale. Si formò da solo. Cominciò ad affermarsi nella clientela popolare del suo quartiere; quando, bruscamente, venne un successo formidabile, ed egli dovette limitare la sua attività alla consulenza, che esercitava su malati provenienti da tutte le regioni della Francia e dall'Estero. Non cercò mai posti ufficiali, nè onori, nè ricchezze; non chiedeva alla clientela se non di provvedere ai suoi bisogni materiali, alla sua biblioteca, agli strumenti di lavoro, di cui il suo gabinetto era ricchissimo.

È stato atterrato dall'eccesso di lavoro: egli stesso ripeteva di voler chiudere la vita *inter opus*, come un soldato sulla breccia.

Ha pubblicato una serie di manuali che hanno riportato grandi successi; ricordiamo, ad esempio: *Les médicaments usuels, Les régimes usuels, La thérapeutique usuelle des maladies de l'appareil respiratoire, La Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition,* la *Clinique et thérapeutique circulatoires,* ecc.; sono stati condensati, poi, dall'A. nelle due opere *Diagnostic Clinique,* giunta subito alla 4ª edizione e tradotta in spagnolo ed in inglese, e *Thérapeutique clinique,* di cui preparava la 2ª edizione. Fu anche un collaboratore attivo della *Presse Médicale,* che risentono molto questa perdita. D.

Si è spento a 59 anni il prof. LUIGI RÉNON, il cui nome è familiare al pubblico medico di tutti i Paesi. Era stato allievo di Huchard, Widal, Bar, Dieulafoy; a quest'ultimo doveva la sua educazione morale e professionale; Bar, più che un maestro, ne divenne l'amico: fu Bar a raccoglierne l'ultimo respiro.

I primi studi scientifici e clinici di Rénon riguardarono l'aspergillosi, di cui egli dimostrò la frequenza, i caratteri, l'etiogenesi. Da questo studio egli fu condotto ad occuparsi della tubercolosi, sulla quale ha raccolto una grande quantità di osservazioni, relative sovratutto alla terapia.

È la terapia che richiamò sempre la sua attenzione: gli sembrava che il medico fallisse al suo scopo se non aveva costantemente di mira il sollievo e la guarigione del malato. Vigile nel compiere il suo primo dovere di medico, nessuna novità terapeutica lo lasciava indifferente; è così che egli ha saggiato e controllato numerose risorse curative. Ha esplorato tutti i dominî della patologia; così nel campo della cardiologia ha dato, con l'allievo Géraurdel, un metodo prezioso per repertare e colorare il fascio atrio-ventricolare.

Una balbuzie che gl'impediva di parlare in pubblico e un'invincibile timidezza lo avevano tenuto lontano dall'insegnamento; ma con tenace sforzo di volontà era riuscito a correggersi. Nel 1920 fu nominato professore di patologia medica alla Facoltà di Parigi. Nel 1921 veniva eletto membro dell'Accademia di Medicina.

Istradò la medicina verso il campo sociale, in cui chiese la cooperazione del legislatore e del pubblico amministratore.

Tra le sue pubblicazioni ci limitiamo a ricordare il volume « Le traitement de la tuberculose pulmonaire », che ha ottenuto larghissima diffusione.

a. p.

Il 23 novembre cessava di vivere il prof. onorevole PAOLO CASCIANI.

Era nato a Monsummano nel 1860. Dedicatosi allo studio della medicina, vi acquistò larga notorietà. Si dedicò in special modo alla idrologia medica, sopra la quale pubblicò importanti volumi e tenne anche una cattedra universitaria. Nel 1897 fu eletto deputato del 1° collegio di Pistoia e gli elettori per 4 legislature gli conservarono la loro fiducia. Si allontanò dalla vita politica quando gli si manifestò il male terribile che lo ha condotto alla tomba. La sua morte sarà rimpianta dai numerosi amici che egli contava in Toscana e in gran parte d'Italia. N.

Il 3 novembre scorso, a 54 anni, in Napoli, era rapito all'affetto dei suoi e alla venerazione riconoscente dei suoi infiniti clienti il dott. ERNESTO ZUCCARO. Durante il disastro Marsico volontariamente egli corse a porgere la sua opera, la quale fu esplicata con tanto zelo e fervore ed amore da meritare dal Ministero dell'Interno una

onorificenza per la salute pubblica. Amò la Patria come la famiglia e quando, nel 1915, essa chiamò i figli a difesa dei suoi diritti, Egli volle darle anche la sua opera. E fu capitano medico della C. R. Italiana e Direttore del 20° ospedale da Campo in Zona di guerra, dove fece rifulgere la sua scienza sicura e la sua coscienza adamantina.

I.

Il nostro valoroso collega di redazione doctor Justitia (Alberto Vigo) ha perduto in questi giorni la sua diletta compagna, raro modello di ogni virtù. Con l'animo commosso, esprimiamo all'amico il nostro vivo cordoglio.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

New York St. Med. Journ., ag. — J. A. KEARNEY. L'osservazione dell'occhio nei gravi traumi cefalici.

Paris Méd., 19 ag. — E. GELMA. Peritonismo, pseudo-reazioni peritoneali con febbre detta isterica e cenestopatie.

Münch. Med. Woch., 18 ag. — G. B. GRUBER. Sulla cosidetta atrofia gialio-acuta del fegato. — J. VOELCKER. Indicazioni agli interventi sulle vie biliari. — MENDE. Crampo dello sfintere anale.

Giorn. d. med. Prat., ag. — G. VIOLA. Nuove vedute sulla patologia del diabete.

Giorn. di Clin. Pediatr., ag. — G. FRONTALI. Immagine capillariscopica e resistenza vasale in alcune malattie dell'infanzia.

Biochimica e Terapia sperim., 31 lug. — C. SETTI. Avitaminosi, immunità e virulenza.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 30 lug. — L. PEZZOTTI. Possibile causa di errore nella delimitazione percussoria dell'ottusità cardiaca relativa.

Presse Méd., 26 ag. — M. ROCH. La sindrome pseudo-addisoniana dei vecchi alcoolisti tubercolotici. — M. HANGANUTZ. Sulla cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten.

Mediz. Klinik, 27 ag. — B. SCHWEITZER. Mola vescicolare e corioepitelioma maligno. — GRAETZER. Sul trattamento dell'aborto.

Le Scalpel, 26 ag. — A. BAYET e F. SLUYS. Radium-terapia del cancro della lingua.

L'Osped. Magg., 31 ag. — N. ORLANDI. Lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla glandola pineale.

ARCHIVI.

Nederladsch Tijdschrift voor Geneeskunde, n. 17. W. JANZEN e K. WOLFF. Sul batteriofago del tifo. — J. VAN DE BELT. Processi reattivi e fenomeni fisiologici che li accompagnano.

Id., n. 18. — W. HOOGSCHLAG. Osservazioni su 250 casi di diabete. — G. C. HERINGA. Ricerche sulla struttura e sul significato del tessuto connettivo.

Id., n. 19. — A. VAN DONGEN. Sul trattamento dell'aborto febbrile incompleto. — H. W. STENVERS. Tubercolo nel tegmento del ponte.

Id., n. 20. — F. S. STIBBE. Contributo clinico alla diagnosi e localizzazione di processi cerebrali con fenomeni oculari predominanti. — A. WIJSENBECK e A. GREVENSTUCK. Sui movimenti dell'utero. — G. F. GAARENSTROOM. Contributo alla roentgenterapia del cancro del retto. — J. BAK. Un caso di autofagia.

Ann. di Ostetr. e Ginec., ag. — LORENZETTI. Il fondo dell'occhio della donna in rapporto alle principali manifestazioni della sua vita sessuale. — F. PONNINI. La reazione di Wassermann nel sangue retroplacentare.

Lo Sperimentale, ag. — G. LINO. Patogenesi dell'infarto anemico traumatico del fegato. — A. GENTILI. Concetti della reazione di Meinike e diagnosi biologica di gravidanza. — G. SALVIOLI. Comportamento delle capsule surrenali nelle scottature.

Archives Méd. Belges, ag. — C. WILLEMS. Tecnica dell'operazione per la frattura della rotula.

Giorn. Ital. d. Mal. Vener. e d. Pelle, 31 ag. — U. REBAUDI e G. B. PODESTÀ. Dermatosi a tipo infiltro-ulcerativo di verosimile origine penicillare. — G. RONCHESE. Terapia delle affezioni volgari e parassitarie della barba con iniezioni endovenose di soluzione jodo-jodurata.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 11 Dicembre 1922 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI MEDICINA OPERATORIA
DELLA R. UNIVERSITA' DI PALERMO
diretto dal prof. G. PARLAVECCHIO.

Cura radicale del varicocele associata alla orchidopessi alla Parlavecchio. (1)

STUDIO CLINICO E SPERIMENTALE

per il dott. PROSPERO AMOROSI, interno.

Non è nostra intenzione di rifare la storia di tutti i tentativi terapeutici escogitati per curare il varicocele; questa storia, assai bizzarra, in gran parte non ha se non un interesse storico, e del resto è stata raccolta in parecchie monografie.

(1) Comunicazione fatta al VI Congresso Medico Siciliano del 26 aprile 1921.

Ci contenteremo solo d'indicare i postulati terapeutici dell'affezione di cui ci occupiamo, e di riassumere sinteticamente gli espedienti principali introdotti in terapia per rispondere ai detti postulati.

Nella cura del varicocele in un primo tempo si mirò soltanto a combattere l'ectasia più o meno considerevole, più o meno diffusa delle vene del plesso pampiniforme; in seguito però si cominciò a dare la dovuta importanza alla correzione dell'allungamento più o meno notevole del cordone spermatico, considerato nel suo complesso, ed alla conseguente orchidoptosi, la cui importanza nella patogenesi del varicocele veniva sempre più indiscutibilmente riconosciuta.

Conseguentemente a queste due indicazioni curative sono sorte due categorie di metodi operatorii, di cui l'una mira esclusivamente a

combattere la sola alterazione venosa, l'altra a combattere la sola orchidoptosi; entrambe nella convinzione che si possa ottenere la guarigione con un intervento che abbia un'indicazione terapeutica unilaterale.

L'esperienza però andò man mano dimostrando che per ottenere delle guarigioni complete e stabili, e per evitare recidive, bisogna adoperare mezzi capaci di rispondere contemporaneamente ad entrambi i postulati terapeutici. Sorse così la terza categoria di processi che può chiamarsi mista, la quale si propone di curare le vene ectasiche ed insieme di sollevare il testicolo.

Al *primo* metodo, della *spermato-flebectomia*, appartengono le legature uniche o multiple, le resezioni dei fasci venosi ectasici, praticate più o meno in alto, e perfino entro il canale inguinale.

Al *secondo* metodo, della *orchido-pessia*, appartengono le resezioni dello scroto, la resezione del cremastere e della tunica fibrosa comune, le plastiche dello scroto, il sollevamento del testicolo mediante fissazione della vaginale rovesciata all'orifizio inguinale superficiale, ecc.

Al *terzo* metodo, *il misto*, appartengono la resezione del plesso venoso con addossamento dei due monconi resecati, ed i vari processi che resecano le vene e contemporaneamente anche lo scroto.

Ormai, come sopra abbiamo accennato, è nella coscienza di tutti i chirurgi che non basta chiudere od asportare le vene per ottenere la guarigione stabile, ma che occorre procedere all'orchidopessia per evitare che le vene sane rimaste non diventino in seguito anch'esse varicose; e quindi si può affermare che al metodo misto si debba dare la preferenza incondizionata.

Ma fra tutti gli espedienti proposti per ottenere entrambi gli scopi, quali sono i migliori ed i più innocui?

Relativamente al primo obbiettivo terapeutico si deve preferire la resezione o la chiusura delle vene?

Relativamente al secondo obbiettivo, per ottenere una pessia stabile del testicolo, meritano maggiore fiducia gl'interventi sullo scroto, o quelli che accorciano il cordone spermatico e rialzano il testicolo mediante espedienti meno indiretti come sarebbero: la sospensione fatta a mezzo della vaginale rovesciata, o a mezzo della riunione dei capi resecati dei fasci venosi, o con plastiche del cremastere e simili?

Per rispondere al primo quesito era necessario studiare sperimentalmente e comparativamente gli effetti che hanno sulla nutrizione e funzione del testicolo l'escissione e la semplice occlusione delle vene.

I miei esperimenti, che infine riferirò, mi hanno dimostrato all'evidenza che gli effetti della occlusione sono infinitamente meno dannosi di quelli dell'escissione.

Ma per un'altra ragione ancora l'occlusione è da preferire, e cioè per evitare quelle nevralgie ostinate e tormentose che talora seguono alle flebectomie quando nei lacci che chiudono i monconi restano compressi filetti nervosi.

Quanto al secondo obbiettivo crediamo ormai sorpassato il tempo delle resezioni e delle plastiche scrotali, giacchè lo scroto rimane sempre abbastanza distensibile per poter garantire una durevole orchido-ptosi.

E pur riconoscendo il valore del metodo del Parona della *vagino-pessia*, crediamo meno lesivo e più efficace l'espediente del Parlavecchio. Questo espediente consiste nell'occludere in tre punti i fasci venosi ectasici, e nell'utilizzarli per la sospensione del testicolo in base al fatto sicuramente noto, della trasformazione dei vasi venosi occlusi in cordoni fibrosi.

Eccone la tecnica: Rasura e disinfezione della parte con tintura jodica, ed anestesia preferibilmente locale.

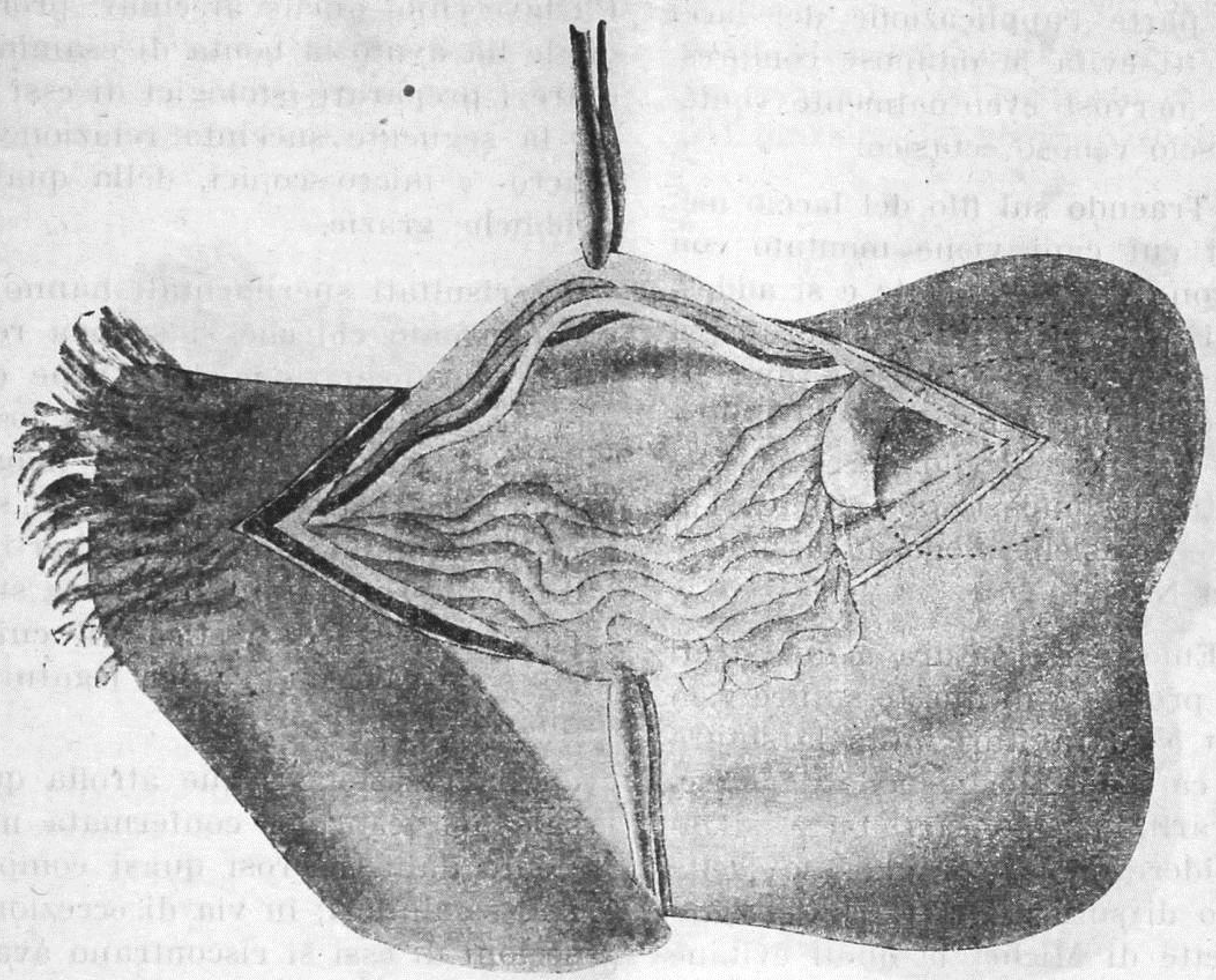
I TEMPO. — Incisione lunga 5 a 6 centim. obliqua in basso ed in dentro, dal livello dell'orifizio inguinale superficiale fin presso la metà della faccia antero-laterale dello scroto, dividendo successivamente tutti gli strati che ricoprono il cordone spermatico (*figura* 1ª).

II TEMPO. — Scopertura ed isolamento del cordone spermatico dall'orifizio inguinale superficiale sino all'epididimo.

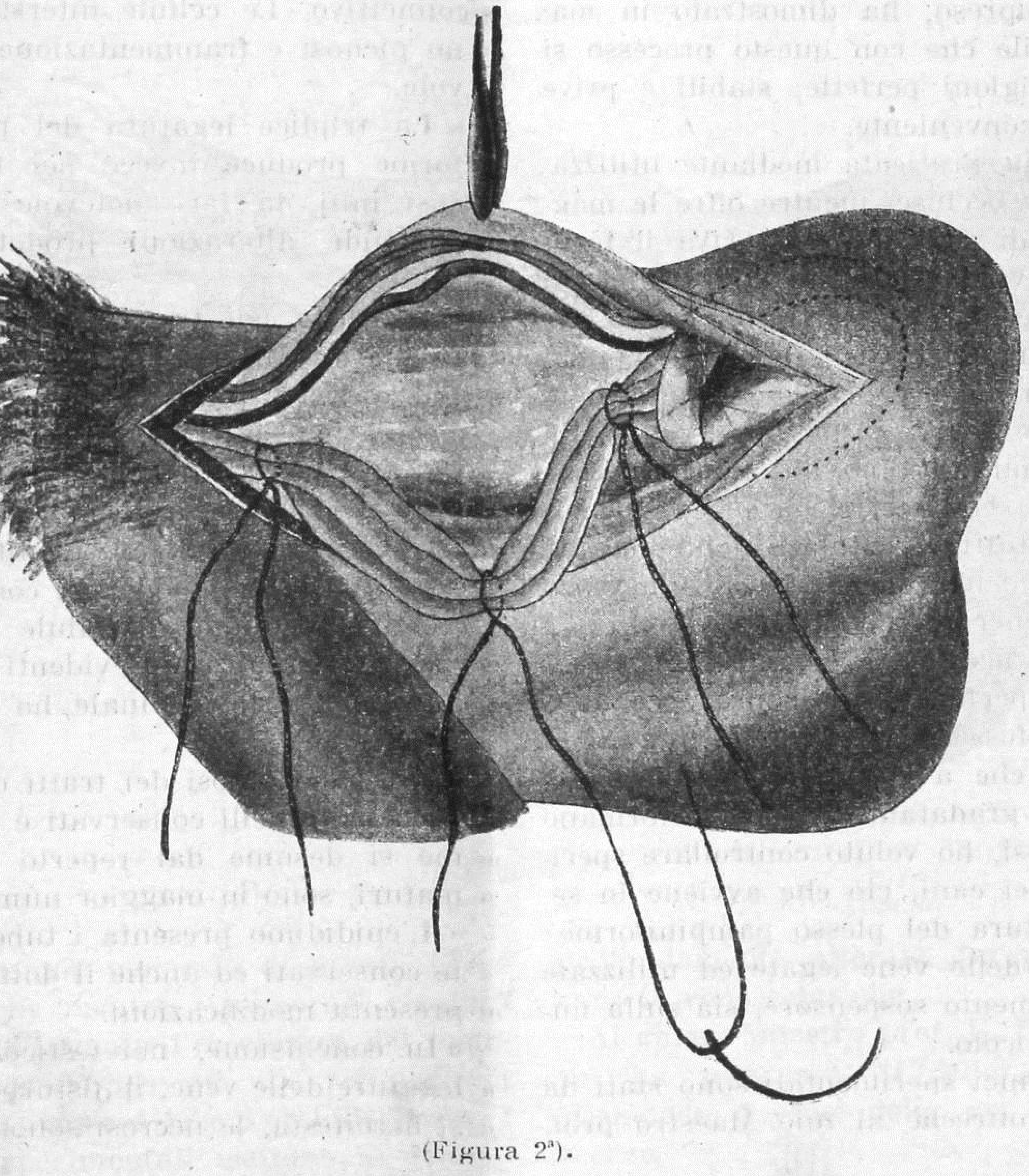
Tutta la parte scoperta si divide accuratamente e su tutta l'estensione in due fasci in uno di essi saranno compresi deferente, arteria spermatica e vene non ectasiche, mentre l'altro fascio sarà costituito da tutte le vene malate (*figura* 2ª).

III TEMPO. — Si applicano tre lacci occlusivi sul fascio delle vene ectasiche; uno immediatamente in sopra dell'epididimo, un altro immediatamente in fuori dell'orifizio inguinale superciale, ed un terzo a metà distanza fra i due.

Questi tre lacci verranno stretti moderatamente quanto basta per chiudere le vene. Essendo i detti lacci scaglionati su tre punti, non occorre stringerli troppo per ottenere con certezza la chiusura definitiva delle vene malate;



(Figura 1ª).



(Figura 2ª).

mentre d'altra parte l'applicazione dei lacci non troppo stretti evita le dannose compressioni sui filetti nervosi eventualmente contenuti entro il fascio venoso ectasico.

IV TEMPO. — Traendo sul filo del laccio mediano (uno dei cui capi viene montato con ago) si dispongono parallelamente e si addossano a canne di fucile il tratto superiore ed il tratto inferiore delle vene occluse. Annodati tra loro i fili del capo superiore e dell'inferiore (*figura* 3ª) si fissa il filo del capo mediano al periostio del pube (*figura* 4ª). Così il fascio delle vene ectasiche viene ad assumere la forma di una N.

V TEMPO. — Emostasi e sutura a due strati della borsa. La profonda di queste suture vien fatta con catgut a sopragitto: finita la sutura si trae sui due capi del filo in modo da arricciarla e da legarli insieme, con il che si ottiene un considerevole accorciamento della borsa. Lo strato di sutura superficiale si pratica con magliette di Michel le quali evitano l'accartocciamento dei lembi dell'incisione.

L'operazione è di facile esecuzione, si compie in pochi minuti e non dà luogo ad ematomi.

L'esperienza larghissima dell'A. e dei suoi allievi, me compreso, ha dimostrato in maniera ineccepibile che con questo processo si ottengono guarigioni perfette, stabili e prive di qualsiasi inconveniente.

L'orchidopessia praticata mediante utilizzazione delle vene occluse, mentre offre le maggiori garanzie di solidità, non priva il testicolo della sua vaginale e ristabilisce una ortolesi testicolare perfettamente simile alla naturale, uniformandosi così al canone fondamentale che la nostra Scuola ha affermato dover presiedere a tutte le pessie viscerali. Ed è perciò che non esitiamo ad affermare che questo processo semplice, elegante ed efficace, rispondente a tutti i postulati della terapia del varicocele, debba meritare la preferenza su tutti i congeneri.

Passo ora ad accennare brevemente i risultati dei miei esperimenti più sopra accennati.

Quantunque fossero note le modificazioni istopatologiche che avvengono nelle vene occluse le quali gradatamente si trasformano in cordoni fibrosi, ho voluto controllare sperimentalmente, nei cani, ciò che avviene in seguito alla legatura del plesso pampiniforme: sia nell'ambito delle vene legate ed utilizzate a scopo di legamento sospensore, sia sulla nutrizione del testicolo.

I pezzi anatomici sperimentali sono stati da me presentati, oltrechè al mio Maestro prof. Parlavecchio, anche al chiar. prof. Dionisi, il quale ha avuto la bontà di esaminarli, di studiare i preparati istologici di essi e di dettarmi la seguente succinta relazione dei reperti macro- e micro-scopici, della quale gli rendo pubbliche grazie.

« I risultati sperimentali hanno da un lato « confermato ciò che si sapeva relativamente « alla trasformazione delle vene occluse, ma, « e specialmente, hanno messo in rilievo par- « ticolari nuovi e degni della maggiore atten- « zione relativamente agli effetti sul testicolo.

« Confrontando infatti i reperti di testicoli « il cui plesso pampiniforme era stato resecato « con i reperti di testicoli il cui plesso era « stato chiuso con triplice legatura si è visto « quanto segue:

« Alla resezione segue atrofia quasi univer- « sale del testicolo, confermata microscopica- « mente dalla necrosi quasi completa dei tu- « boli seminiferi; in via di eccezione in alcune « sezioni di essi si riscontrano avanzi di sper- « matozoi, mentre nella rimanente parte i nu- « clei degli elementi non si lasciano colorare. « Il connettivo poi che circonda e separa i va- « rii lobuli presenta i segni del rigonfiamento « delle fibre e notevole scarsezza dei nuclei del « connettivo. Le cellule interstiziali presenta- « no picnosi e frammentazione nucleare note- « vole.

« La triplice legatura del plesso pampini- « forme produce invece nei testicoli lesioni « così miti da fare notevole contrasto colle « profonde alterazioni prodotte dalla rese- « zione.

« Anzitutto nei tratti legati non si notano « ectasie vasali; solo la capsula fibrosa appare « più spessa e più scirrotica perchè in massi- « ma parte costituita da connettivo ricco di « fibre e povero di elementi cellulari.

« All'esame del testicolo il connettivo in- « terlobulare non appare modificato, nè si rie- « sce a mettere in evidenza, come nei casi pre- « cedenti, accumulo di cellule interstiziali che « risultano sempre più evidenti nei testicoli nei « quali la parte seminale ha subito processi « regressivi.

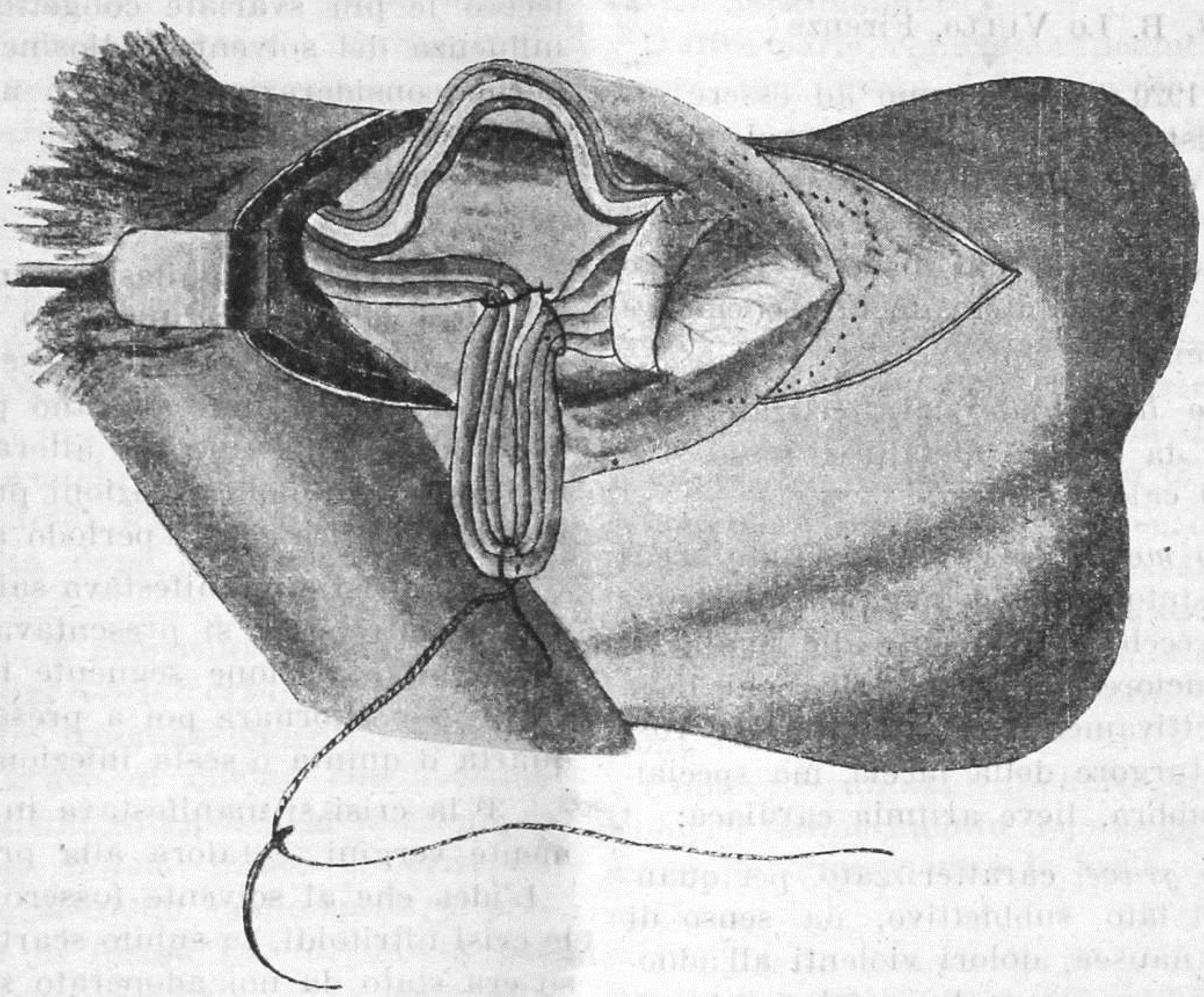
« Pur rilevandosi dei tratti di tubi seminali « necrotici, quelli conservati e funzionanti, co- « me si desume dal reperto di spermatozoi « maturi, sono in maggior numero.

« L'epididimo presenta i tuboli perfettamen- « te conservati ed anche il dotto deferente non « presenta modificazioni.

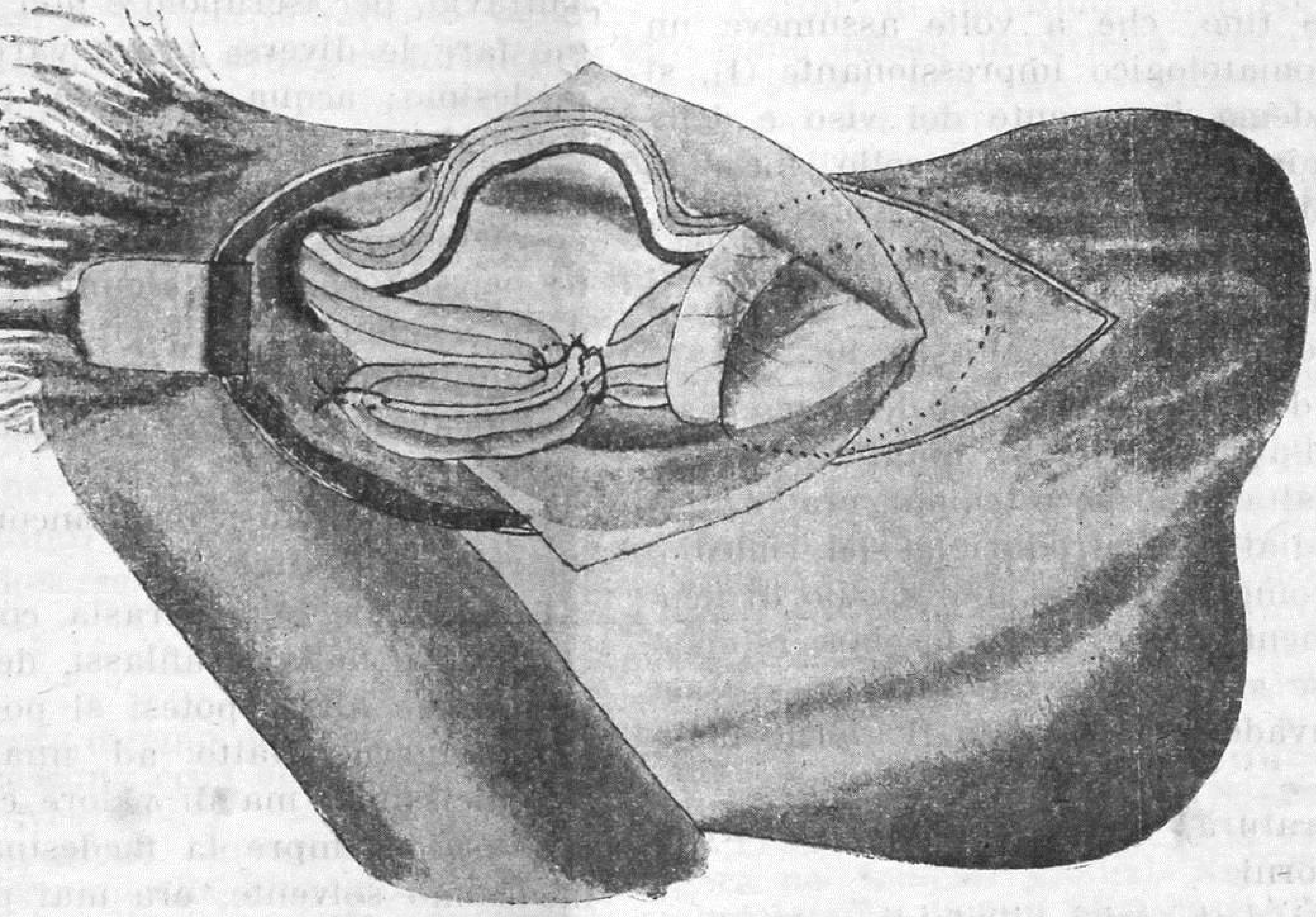
« In conclusione, nei testicoli operati colle « legature delle vene, il disturbo di circolo non « si manifesta, le necrosi sono molto più limi-

« tate, e perciò la parte funzionante della « ghiandola è molto maggiore che nei testi- « coli operati colla flebectomia ».

za un altro merito di questo metodo, e cioè la sua benignità in rapporto alla nutrizione ed alla funzione del testicolo, le quali invece sono



(Figura 3ª)



(Figura 4ª).

Come conclusione generale di questa breve nota diremo che mentre i numerosi risultati clinici hanno affermata l'eccellenza del metodo del Parlavecchio per ciò che riguarda la guarigione del varicocele e l'orchidopessia, i miei risultati sperimentali mettono in evidenza

profondamente alterate dai metodi che resecano le vene ectasiche.

Al chiar. Maestro prof. G. Parlavecchio, che mi ha permesso di studiare ed illustrare il metodo, i sensi della più profonda riconoscenza.

NOTE E CONTRIBUTI.

A proposito delle così dette crisi nitritoidi da difettosa preparazione degli arsenobenzoli.

Dott. B. LO VULLO, Firenze

Nell'estate 1920 cominciarono ad essere osservati dei disturbi, più o meno gravi, in seguito all'uso endovenoso di *Novarsenobenzolo Billon*.

La sintomatologia di tali disturbi, piuttosto svariata, può essere sinteticamente schematizzata nei seguenti tre tipi:

a) *un tipo lievissimo*, caratterizzato subbiettivamente da sapore metallico, tosse stizzosa, senso di calore al viso;

b) *un tipo medio*, in cui l'ammalato accusava, oltre i sintomi del primo tipo, martellamento alle orecchie, formicolii alle mani, ai piedi, vivo bruciore al viso ed agli occhi, lieve cefalea. Obbiettivamente si notava: vivo rossore al viso, turgore della faccia, ma specialmente delle labbra, lieve aritmia cardiaca;

c) *un tipo grave*, caratterizzato, per quanto riguarda il lato subbiettivo, da senso di soffocamento, nausea, dolori violenti all'addome ed alla regione sternale, cefalea intensa, sensazione di «morire». Obbiettivamente, in questo terzo tipo, che a volte assumeva un quadro sintomatologico impressionante (1), si osservava edema imponente del viso e della lingua, turgore delle vene del collo, inceppamento del linguaggio, vomito, a volte biliare, incoercibile, perdita di urine, di feci, di gas, pupille midriatiche reagenti, polso piccolo e frequente, febbre talvolta alta 39°-40°.

I sintomi descritti, all'infuori della temperatura (che d'altra parte, si manifestava già abbastanza alta dopo poco tempo), erano pressochè immediati all'introduzione del rimedio. Essi però scomparivano in uno spazio di tempo relativamente breve, senza lasciare reliquato alcuno, se si eccettua un senso di spossatezza che invadeva l'individuo il giorno della iniezione.

La temperatura, qualche volta, perdurava due o tre giorni.

Queste così dette crisi nitritoidi, costituivano un fatto assolutamente nuovo, non soltanto per noi, che avevamo già praticato qualche migliaio d'iniezioni endovenose di tale preparato, ma anche per il nostro Maestro dott. Sberna, il quale già da parecchi anni usava il *Novarsenobenzolo Billon*, ed aveva raggiunto quindi una cifra d'iniezioni molto superiore alla nostra.

Si cercò subito di stabilire la causa di questi quadri fenomenologici mai osservati, e si fecero le più svariate congetture: anafilassi, influenza del solvente, idiosincrasie, ecc. Ma poche considerazioni valsero a farci allontanare subito da simili ipotesi.

Un fatto anafilattico era da escludersi perchè:

1° la crisi si manifestava in individui che già altre volte, e ripetutamente, erano stati sottoposti ad iniezioni endovenose del preparato suddetto, e che mai avevano presentato reazione alcuna del tipo che allora osservavamo, malgrado che molte iniezioni precedenti fossero state praticate in «periodo anafilattico»;

2° la crisi si manifestava saltuariamente, e cioè, mentre essa si presentava ad una iniezione, alla iniezione seguente non si manifestava, per ritornare poi a presentarsi ad una quarta o quinta o sesta iniezione;

3° la crisi si manifestava in casi assolutamente vergini, e talora alla prima iniezione.

L'idea che al solvente fossero da attribuirsi le crisi nitritoidi, fu subito scartata, perchè esso era stato da noi adoperato sempre uguale, e cioè, acqua distillata di recente e sterilizzata. Tuttavia, per iscrupolo e non per altro, volemmo fare le diverse prove variando il solvente medesimo: acqua distillata, bidistillata, siero fisiologico, acqua di fonte. I risultati per i quattro solventi erano sempre uguali: usando, nella stessa giornata, la medesima soluzione per più pazienti, alcuni di questi subivano delle cosidette crisi nitritoidi, altri no.

Aggiungeremo che i risultati stessi non si modificavano, variando la quantità del liquido introdotto.

Dunque, la causa degli inconvenienti era da da ricercarsi altrove.

L'idea della idiosincrasia, come del resto anche quello della anafilassi, del solvente, e di qualunque altra ipotesi si potesse formulare, non reggeva affatto ad una considerazione semplicissima, ma di valore capitale: avendo noi usato sempre la medesima tecnica ed il medesimo solvente, era mai possibile ammettere che mentre in diversi anni, il *Novarsenobenzolo Billon*, non aveva trovato che rarissimi individui idiosincrasici, soltanto allora, e cioè nell'estate 1920, esso trovava con una impressionante frequenza, individui intolleranti, sia fra i vecchi che fra i nuovi pazienti?

Non rimaneva quindi che una sola ipotesi che potesse tranquillizzare la nostra coscienza; tenuto conto, che non tutte le fiale cagiona-

(1) Fortunatamente noi non avemmo a registrare alcun caso mortale.

vano la crisi nitritoide, si pensò che circolassero allora in commercio delle serie di *Novarsenobenzolo Billon* falsificate. E questa idea sembrò essere avvalorata dalla impressione, che i risultati terapeutici ottenuti in quello scorcio di tempo, non corrispondessero ai brillanti risultati ottenuti nel passato; ciò, sia nei riguardi della scomparsa del treponema, sia della guarigione delle manifestazioni luetiche, sia della negatività nella reazione del Wassermann.

Convinti di ciò, abbandonammo completamente il *Novarsenobenzolo Billon* e ritornammo ad usare il *Neosalvarsan M. L.*, che allora era già rientrato in commercio su larga scala.

Da principio usando questo ultimo preparato, le crisi nitritoidi scomparvero immediatamente, ma subito dopo tornarono a manifestarsi (1).

Noteremo però, a proposito, che le crisi nitritoidi causate dal *Neosalvarsan M. L.*, presentavano un quadro fenomenologico meno imponente e meno grave di quello, che avevano presentato i pazienti sottoposti ad iniezioni di *Novarsenobenzolo Billon*. Infatti le crisi da nitritoidi da *Neosalvarsan*, molto spesso si presentavano sotto la forma *frusta*, dando per sintoma obbiettivo principale, ed a volte unico, un arrossamento del volto, e per sintoma subbiettivo, un senso di martellamento agli orecchi ed al cervello, o un senso di formicolio agli arti; sintomi, per altro, di brevissima durata.

Aggiungeremo ancora che, avemmo l'impressione che il quadro fenomenologico delle crisi nitritoidi, non era perfettamente uguale con l'uso dei due preparati francesi e tedesco (2). Comunque, i quadri esistevano anche per il *Neosalvarsan*, e per esso valevano le considerazioni già fatte per il *Novarsenobenzolo Billon*. Pensammo quindi che anche per il preparato tedesco, si dovesse trattare di falsificazione.

---

(1) Incidentalmente diremo che non abbiamo finora osservato nessuna crisi nitritoide, in seguito all'uso del *Neojacol*.

(2) Questa impressione, in seguito, e cioè quando ci convincemmo che l'incognita tossica era da ricercarsi nella imperfetta preparazione del preparato, e non in altra causa, ci rese e ci rende ancora titubanti ad ammettere che l'incognita stessa determinante la crisi, sia *chimicamente* uguale nei due preparati francesi e tedeschi. Sarebbe poi interessante di ricercare la ragione della *contemporaneità* delle crisi nitritoidi, presentate dai due preparati. In altre parole: per quale ragione i due preparati, che nel passato si erano dimostrati di perfetta tolleranza, ad un tratto, e cioè nell'estate 1920, si mostrarono simultaneamente così imperfetti nella loro preparazione?

Ma avendo esperimentato alcune fiale di non dubbia provenienza, ed avendo avuto anche da alcune di esse (1), le note reazioni nitritoidi, l'idea della falsificazione dovette anch'essa essere abbandonata.

D'altra parte, contemporaneamente, il nostro amico ten. med. dott. Novelli ci segnalava dall'alta Slesia (dove si trovava al seguito delle nostre truppe) di avere avuto da lamentare dei disturbi mai osservati in seguito all'uso di *Neosalvarsan M. L.* pervenutogli da fonte assolutamente sicura.

Dopo ciò, non rimaneva che una sola ipotesi, che potesse spiegarci le crisi osservate: e cioè, la imperfetta preparazione sia del preparato francese, sia di quello tedesco (2).

Convinti perfettamente di ciò, cominciammo a registrare subito le diverse serie occorseci, e le reazioni da esse eventualmente determinate, al fine di evitare, per quanto era possibile, ai pazienti ed a noi, danni e preoccupazioni.

I notevoli vantaggi ottenuti da tali registrazioni, ci hanno indotto a proseguire non solo, ma a pubblicare tutte le serie da noi finora

---

(1) La serie di controllo FVLV (B 39392) ci fu fornita per esperimento, *direttamente* dalla casa Macchiavello e Zilliken di Genova.

(2) A titolo di curiosità, e non per altro, noterò come questa imperfetta preparazione del *Neosalvarsan*, non pare voglia essere riconosciuta dai legittimi rappresentanti della casa Meister Lucius.

Riferirò infatti, che il collega Ten. Novelli, essendosi rivolto alla casa M. L. per il cambio di alcune serie incriminate di *Neosalvarsan*, ebbe ad ottenere dal Reparto Scientifico della Casa Waegelein e C. di Como (concessionaria esclusiva della Casa M. L.), la seguente risposta in data 20 aprile 1922:

« In quanto ai disturbi da Voi lamentati dobbiamo comunicarvi da parte del Reparto Scientifico della nostra Casa, che il prodotto all'analisi venne trovato perfettamente normale; detti disturbi non possono quindi *che attribuirsi al modo di fare le soluzioni*.

Tuttavia la nostra Casa fornitrice si dice disposta, *per evitare discussioni*, a riprendere le fiale da Lei direttamente fornite ».

A noi pare, che il Reparto Scientifico della Casa Cesa Wagelein e C., vada un po' alla leggera nel trinciar giudizi. Noi candidamente confessiamo di non conoscere altri modi di fare le soluzioni, all'infuori di quelli conosciuti da tutti, e indicati anche nelle istruzioni contenute nelle scatoline di *Neosalvarsan*.

D'altra parte, se altri modi esistono e noi li ignoriamo, la colpa è del predetto Reparto Scientifico, che non illumina la nostra ignoranza con la sua scienza.

Ci sarebbe poi da commentare la frase « per evitare discussioni » (*evitare discussioni in una quistione scientifica così grave di responsabilità, e così piena di umanità?*), ma noi lasciamo che il lettore la commenti da sè.

SERIE BUONE.

Con dicitura italiana

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola
FFDV (o U ?)	nero	III	B 38404
FFHJ	»	V	B 37265
FFJJ	»	VI	B 37265
FFJH	»	I	B 3˙433
FFJH	»	IV	B 38036
FFJX	»	II	B 37265
FFJX	»	IV	B 37289
FFJX	»	V	B 37265 e 37289
FFOM	»	IV	
FLBB	bleu	IV	B 48557
FLBF	»	II	B 48557
FLBF	nero	III	B 48557
FLBL	bleu	II	B 48506
FLFD	nero	II	B 42685
FLFD	»	III	B 42685
FLFF	»	I	B 42685
FLHD	»	I	B 48557
FLHU	»	VI	B 48598
FLHX	»	V	B 48598
FLJB	»	IV	B 42685
FLJL	»	III	B 42685
FLJM	»	V	B 47872 e 42685
FLVF	»	VI	42685
FLXB	»	III	B 47917
FLXH	bleu	VI	B 48506
FLXV	nero	V	B 47917
FMDB	bleu	V	B 48506
FMDF	nero	IV	B 47917
FMDL	»	II	B 47917
FMDX	»	V	B 47917

Controllo	Inchiostro	Dose	Numero della scatola
FMDX	nero	VI	B 47917
FMHB	»	V	B 42660
FMHF	»	IV	B 42550
FMHH	»	II	B 42598
FMHV	»	VI	B 42660
FMHX	»	V	B 42550
FMJB	»	III	B 42598
FMJB	»	IV	
FMJF	»	I	
FMJF	»	II	
FMJH	»	I	
FMJV	»	VI	B 42660
FMMF	»	V	B 42406
FMMF	»	VI	B 42406
FMUB	»	II	B 42492
FMUB	»	III	
FMUB	»	IV	B 42492
FMUJ	»	I	.B 42492
FMUJ	»	IV	B 42854
FMUM	»	III	
FUMV	»	IV	G 71166
FUXU	»	III	B 49311
FVDB	»	III	B 41210
FVFB	»	V	B 39331
FVFD	»	V	B 39392
FVFF	»	II	B 39108
FVLU	»	II	B 40879
FVXH	»	V	B 38440
FVXM	»	II	
FVXV	»	III	

Con dicitura tedesca

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola
FFBM	nero	I	
FFBU	»	I	B 35979
FFDH	rosso	IV	
FFFJ	»	III	55695
FFHH	nero	I	B 36317
FFLF	rosso	IV	
FFLF	»	VI	
FFLJ	nero	VI	
FFLH	rosso	I	B 34446
FFLH	»	IV	B 34446 e 34448
FFLU	»	III	B 34190
FFMD	»	V	B 33939
FFMH	»	III	B 34349
FFMU	nero	III	37...
EFUD	»	VI	B 34692
FFUF	rosso	IV	B 34986
FFUL	»	II	B 35254 e 35820
FFUM	»	III	B ₅5254
FFUV	»	V	
FFUX	»	III	B 34345
FFVH	»	IV	K 56282
FMMU	nero	IV	B 41980
FMVL	»	I	B 44700
FMXL	»	IV	B 41558
FVBF	»	II	B 40606
FVBM	»	II	
FVFB	»	V	
FVFD	»	V	
FVFF	»	II	B 39108
FVFJ	»	IV	B 39108
FVHF	»	III	42005
FVHM	»	III	B 41294
FVLB	»	IV	
FVVU	»	IV	
FXBM	rosso	V	49365
FXDL	»	III	54858
FXJM	»	I	5?526
FXJM	»	II	52590
FXMH	»	IV	A 49801
FXVU	»	IV	A 49603
FXXH	»	I	A 46568

SERIE INCRIMINATE.

Con dicitura italiana

Controllo	Inchiostro	Dose	Numero della scatola	Reazione
FFDH	nero	V	B 38483	+ + —
FFDH	»	VI	B 38433	+ + —
FUUF	»	V		+ + —
FVLD	»	IV	B 39355	+ + +
FVLV	»	VI	B 39392	+ + +
FVMF	»	I	B 39355	+ + —
FVMJ	»	IV	B 39331	+ + —
FVML	»	II	B 39355	+ — —
FVUF	»	V		+ + —
FVVH	»	II		+ + —
FVVJ	»	II		+ + —
FVXJ	»	VI	B 39331 e 36440	+ — —

Con dicitura tedesca

Controllo	Inchiostro	Dose	Numero della scatola	Reazione
FVFM	nero	I		+ — —
FVLH	»	III	B 40309	+ + +
FVLJ	»	III		+ + —
FVMV	»	II		+ — —
FVXJ	»	VI		+ — —

\+ = reazione lievissima.

\+ + = reazione discreta.

\+ + + = reazione intensa.

esaminate, con la convinzione che, dei notevoli vantaggi da noi ottenuti da tale registrazione, possano usufruire anche i colleghi. Le serie alla pagina precedente riprodotte, si riferiscono esclusivamente al *Neosalvarsan M. L.*, e sono dovute, in parte, alla cortesia del dottor Sberna e del ten. med. Novelli, che da quì sento il dovere di ringraziare.

Alcune delucidazioni saranno utili alla lettura dei quadri riportati.

La prima colonna di essi indica, per ordine alfabetico, la serie del controllo *in lettere*, apposta direttamente sulla fialetta; la seconda colonna indica il colore dell'inchiostro, con cui sono stampate le lettere stesse del controllo; la terza colonna la dose delle fiale, la quarta la serie in cifre apposta sulle scatoline di cartone, in una delle sue facce quadrate; l'ultima colonna, per le serie incriminate, sta a rappresentare la reazione cosidetta nitritoide da esse provocata.

Abbiamo voluto mettere in prima linea la serie del controllo, per la ragione seguente che è di somma importanza. Nella valutazione preventiva della bontà o meno di una fiala, non bisogna prendere per guida la serie in cifre di cui alla colonna quarta, *ma soltanto la serie in lettere del controllo*, apposta direttamente sulla fiala (colonna 1). Insistiamo molto su questa osservazione, perchè se è ben vero che molte delle serie incriminate appartengono ai gruppi 38/39000, è altrettanto vero che molte altre serie di controllo, pur avendo i medesimi gruppi di numeri sulle scatole, sono ottime. Così, ad esempio, male opererebbe chi scartasse senz'altro le scatoline dose n. V, serie FVFB portanti il n. 39331, solo perchè esse appartengono al gruppo del 39.000: infatti la serie FVFB è stata sempre benissimo tollerata. Di [illegible] qualche serie incriminata può portare sulle scatoline un numero diverso dal 38/39000, come si può osservare guardando la serie FVXJ (364[illegible]0) e la serie FVLH (40309).

La semplice ispezione del numero apposto sulla scatola, nulla può dirci di sicuro circa la bontà o meno della fiala contenuta; tutt'al più, potremo detrarne un indizio di *probabilità*. Così, per esempio, se noi abbiamo in mano una scatola con dicitura italiana, della dose n. V, con il n. B 39331, abbiamo grande probabilità che la fiala contenuta appartenga alla serie di controllo FVFB, e che essa quindi sia una fiale ottima. Ma, ripetiamo, si tratta di sola *probabilità* perchè (e di ciò possiamo renderci conto dando uno sguardo ai due quadri) una stessa serie di controllo può, nelle diverse scatole portare numeri diversi (serie FVXJ), e uno stesso numero: (es. 39331), può rispondere a diverse serie di controllo, qualcuna delle quali appartiene alle serie incriminate, qualche altra alle buone.

Abbiamo voluto indicare anche il colore dell'inchiostro, con cui sono stampate le lettere del controllo, non sapendo se colori diversi indichino controlli diversi, pur rappresentati dalle stesse lettere. Guardando i due quadri, sembrerebbe che colore diverso indichi controllo diverso. Infatti prendiamo la serie FFDH: essa risulta, se scritta in rosso fra le serie buone, se scritta in nero fra le serie incriminate. Trattandosi però di un solo caso, non possiamo trarre alcuna deduzione, perchè potrebbe ammettersi che la reazione data dalla serie in rosso, sia stata così leggera da sfuggire al paziente ed a noi.

Per essere più precisi, abbiamo voluto suddividere ciascun quadro in due specchietti, mettendo nell'uno le serie riscontrate in fiale con dicitura in italiano, e nell'altro le serie riscontrate in fiale con dicitura in tedesco. Le stesse serie poi, che abbiamo riscontrato in fiale con le due diciture, sono state ripetute nell'uno e nell'altro specchietto. Ciò però, se riesce di maggior chiarezza per la ricerca della serie, non ha praticamente alcun valore, perchè abbiamo constatato che la presenza (o l'assenza) della crisi nitritoide, è indipendente dalla dicitura della fiala.

Di tutte le serie poi, sempre per semplice precisione, abbiamo trascritti anche i numeri, in cifre romane, che sono l'espressione della dose del preparato. Ma anche ciò, agli effetti pratici, non ha alcun valore. È inutile aggiungere, che qualora la fiala appartenga alle serie incriminate, la reazione è tanto più intensa quanto maggiore è la quantità di rimedio iniettato.

In alcune colonne dei nostri quadri, mancano alcuni dati per quello che riguarda la serie in cifre delle scatoline. La ragione di questa omissione sta nel fatto che fin da principio intuimmo che non era da dare alcun valore ai numeri stessi, e quindi non ne tenemmo conto. Più tardi invece, li abbiamo voluti registrare per avere quell'indizio di probabilità di cui più sopra abbiamo parlato.

Seguendo questo criterio, abbiamo respinto al farmacista alcune scatole, che con ogni probabilità contenevano delle fiale incriminate, senza tuttavia aprirle.

Abbiamo fatto cosa utile ai colleghi pubblicando i nostri due quadri? Lo speriamo, perchè noi stessi siamo stati da essi notevolmente agevolati. Così, quando dobbiamo praticare una iniezione di serie già registrata, basta

una sola occhiata per praticare l'iniezione con animo tranquillo, o rigettare senz'altro la fiala.

Di fronte poi ad una serie di controllo nuova, ci comportiamo nella seguente maniera. Facciamo una soluzione molto diluita del preparato, e in primo tempo iniettiamo, abbastanza rapidamente, una quantità di liquido corrispondente a 15-20 centigrammi di *Neosalvarsan*. Indi attendiamo tre minuti. La reazione, se reazione avverrà, avviene rapidamente anche con dosi minime: mai l'abbiamo vista sopravvenire dopo tre minuti. Trascorsi i quali, e constatata l'assenza di alcuno dei sintomi proprî delle cosidette crisi nitritoidi, iniettiamo il rimanente della soluzione lentamente. Se, invece, notiamo il manifestarsi di alcuno dei sintomi predetti, togliamo l'ago e rimandiamo l'iniezione ad altro giorno. Questo metodo, per ora, ci ha dato ottimi risultati, perchè per quanto la serie possa essere incriminata, con la piccola dose di prova iniettata, la reazione nitritoide sarà sempre di modico grado, e non tale da suscitare preoccupazioni.

Ed ora vorremmo proporre ai colleghi di voler contribuire anche loro a questo lavoro di cernita, per evitare accidenti spiacevoli a sè ed agli altri.

Il prof. De Napoli ha proposto che tutte le serie incriminate, siano denunziate ai rispettivi *Ordini dei Medici*, i quali dovrebbero pensare a darne avviso nel modo più opportuno e più rapido, a tutti i colleghi ed agli istituti produttori, per il ritiro e la migliore fabbricazione del preparato. Noi approviamo la proposta del prof. De Napoli, ma crediamo più pratico, per quello che riguarda l'avviso ai colleghi che esso venga dato oltrechè attraverso gli Ordini dei Medici, anche per mezzo dei periodici medici. Ciascuno di noi prenda nota delle serie nuove che vengono man mano alla propria osservazione, ne registri per ciascuna di esse le eventuali reazioni, e invii l'elenco ai periodici più diffusi della specialità, e d'indole generale pratica.

Non sarebbe, per esempio, cosa molto utile e molto pratica, che *Il Policlinico*, che si può dire è letto da tutti i medici italiani, aprisse una rubrica per le serie di *Neosalvarsan* e di qualunque altro preparato del genere?

Crediamo necessario, però, di non limitare la pubblicazione alle sole serie incriminate, ma di pubblicare *tutte* le serie esaminate. Diversamente un medico di fronte ad una serie nuova, non compresa fra le incriminate, non potrà sapere a quale categoria essa appartenga. Perciò è obbligato, o a rimanere coll'animo sospeso per la durata dell'iniezione, e per il tempo entro cui la crisi nitritoide può manifestarsi, o ricorrere al lavoro di saggio cui più sopra accennammo. Cosa questa, per il medico, non solo noiosa, ma che implica una perdita di tempo, altrimenti evitabile, e che non è scevra di preoccupazioni da parte dell'ammalato, il quale, in genere, già *per sentito dire*, teme i pericoli più o meno immaginari della cura arsenobenzolica, ed ha quindi bisogno, per essere tranquillo, di veder procedere il medico nel suo operato, con sicurezza e rapidità.

Firenze, maggio 1922.

N.B. — Quando questo articolo era stato già inviato per la stampa, ci occorse di leggere nel *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle* (Fasc. III, 1922), quello del Dott. *Nardelli*, in cui, con compiacimento, potemmo constatare come l'A. giunga presso a poco alle nostre conclusioni.

Inviamo intanto un secondo elenco di serie, da noi controllate dal maggio ad ora.

SERIE BUONE.

Con dicitura italiana

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola
FFDU	nero	VI	B 38433
FDDH	»	II	B 49309
FLFJ	»	IV	B 42635
FLHJ	»	I	B 43685
FLHJ	bleu	V	B 49308
FLJV	nero	VI	B 47872
FLLB	bleu	IV	B 42669
FLUJ	nero	VI	B 48557
FLUL	bleu	III	B 48506
FLXX	»	IV	B 48506

Controllo	Inchiostro	Dose	Numero della scatola
FMVJ	nero	II	
FUHD	»	III	G 71488
FUHJ	»	II	G 71485
FUMF	»	I	G 71068
FUMX	»	II	G 71068
FUXF	»	II	B 49311
FUXF	»	VI	B 49311
FUXV	»	V	B 49311
FXLX	rosso	V	A 49293

Con dicitura tedesca

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola
FFMJ	rosso	IV	5 . . . 9
FFMJ	»	V	
FFVB	nero	II	B 40806
FFVI	rosso	II	56837
FMXH	nero	V	I 4355

SERIE INCRIMINATE

Con dicitura italiana

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola	Reazione
FLDV	bleu	II	B 49308	+ — —

Con dicitura tedesca

Controllo	Inchiostro	Dose	N. della scatola	Reazione
—	—	—	—	—

Settembre 1922.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di neoplasia maligna primitiva del polmone sinistro

per il dott. GENNARO MIRACAPILLO.

Dopo la recente rivista sintetica sui tumori maligni primitvi del pulmone, apparsa sul n. 5 del *Policlinico*, Sez. Pr. del c. a., credo utile pubblicare il seguente caso clinico, occorsomi or è un anno, perchè mi sembra per più motivi interessantissimo.

T. S., di anni 33 macellaio, ammogliato con figli. Nulla d'importante nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota.

Nel 1915 fu mobilitato con la classe del 1888, nel 1919 fu licenziato dalle armi per *nevrosi cardiaca.*

Nell'agosto 1920 si ammalò di catarro gastroduodenale con ittero intensissimo e tenace, di cui però guarì perfettamente dopo una trentina di giorni.

L'8 gennaio 1921 si presentò a questo ambulatorio accusando senso di oppressione allo stomaco e affanno.

L'11 gennaio 1921, si ripresentò all'Ambulatorio era febbricitante (37°.8).

L'esame obbiettivo dava: Individuo di sviluppo scheletrico normale, ma pallido, denutrito e quasi cachettico. *Non presentava glandole* al collo, alle fosse sopraclavicolari, alle regioni ascellari, alle pareti laterali del torace, agl'inguini. Febbre oscillante fra 37°,5 al mattino e 38°.5 alla sera.

Apparecchio respiratorio. — Sull'emitorace sinistro anteriormente e posteriormente si rilevava: diminuzione del fremito toraco-vocale, sub-ottusità a zone ma più marcata nella regione sottoscapolare, numerosi rantoli a piccole e medie bolle. Non liquido pleurico. Nulla di anormale nell'emitorace destro. Respirazioni: 40 al minuto.

Apparecchio cardio-vascolare. — Lieve bozza precordiale. L'itto della punta, diffuso a tutta la regione precordiale, aia cardiaca alla percussione evidentemente ingrandita nel diametro trasversale; il limite destro raggiungeva e oltrepassava di un buon dito trasversale la marginale destra dello sterno. Toni puri su tutti i focolai, Accentuazione del 2° tono sulla pulmonare. Pulsazioni 110. Polso ritmico, regolare. Niente a carico degli altri organi, apparecchi e sistemi. Urine normali.

In base a questi sintomi subbiettivi ed obbiettivi si fa diagnosi di bronco pulmonite sinistra con dilatazione del cuore destro, e sospettandosi la natura specifica della prima affezione, si inizia una cura antitubercolare. La quale dette risultati soddisfacenti e l'ammalato dopo un mese non aveva più febbre nè sudori notturni, appariva più sollevato e accusava discreto benessere. Residuavano però la dispnea e l'emoftoe: questa più rara.

Il 17 febbraio l'ammalato si aggravò improvvisamente. Crebbero l'affanno, il senso di oppressione alla regione cardiaca, il dolore puntorio alla regione scapolare sinistra. Non vi era febbre e l'emoftoe era scarsa.

Comparvero i segni di un versamento pleurico a sinistra consecutivo a broncopolmonite tubercolare, che rapidamente divenne cospicuo.

Fu praticata la toracentesi con l'aspiratore del Potain e *si estrassero 2000 c.c. di liquido sieroso fortemente emorragico.*

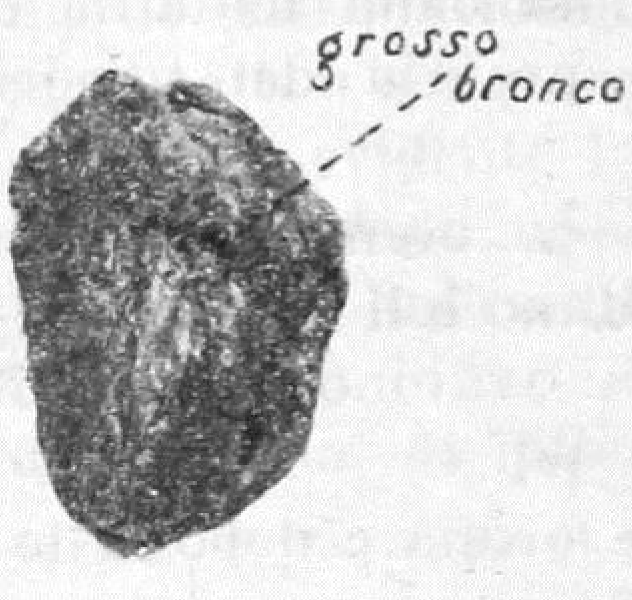
Dopo la toracentesi *nella regione sottoscapolare, mammaria e sottomammaria di sinistra, la risonanza permaneva ottusa e il fremito toraco-vocale alquanto rinforzato.* Riappariva pure ma ristretto lo spazio semilunare di Traube.

Dopo 48 ore il versamento pleurico era un'altra volta imponente sì da costringere alla toracentesi, che diede esito a circa 2500 c.c. di liquido più fortemente emorragico di quello estratto due giorni prima.

L'ammalto peggiorò di giorni in giorno, e la sera del 26 febbraio, morì.

All'autopsia praticata con il concorso del valente collega dott. Alessandro Sensi di Grotte S. Stefano il 28 febbraio 1921, fu riscontrato: Meningi ed encefalo normali. — Dalla cavità pleurica di sinistra fuoriescono due litri circa di liquido siero-emorragico. La pleura di questo lato, e specialmente la pleura diaframmatica, è fortemente iniettata e cosparsa di innumerevoli tumoretti della grandezza varia da un chicco di grano ad una mandorla; duri, spostabili. Il pulmone sinistro, fortemente infiltrato e respinto in alto, è aderentissimo alla parete toracica e non si riesce a staccarlo in *toto.*

Il parenchima pulmonare si spezzetta in piccoli blocchi di un ammasso carnoso informe, di colorito grigio-lardaceo, di consistenza molle e completamente privo d'aria, perchè non galleggia sull'acqua. In corrispondenza di quella escavazione che in condizioni normali si trova sulla faccia esterna del pulmone sinistro e nota in anatomia descrittiva con il nome di « fossa cardiaca », perchè serve appunto ad accogliere il cuore, si trova un tumore che occupa completamente l'aia cardiaca, che ha origine dal parenchima pulmonare, e ad esso completamente taddossato e con esso completamentet fuso, sì che non è possibile distinguere il limite preciso dove il parenchima pulmonare finisce e il tessuto neoplastico incomincia. Ha forma rotondeggiante, volume della testa di un feto a termine. Peso grammi 290, superficie liscia, consistenza dura.



Nulla di anormale nella pleura D. Il pulmone destro è enfisematoso, iperemico e presenta una cicatrice apicale.

Il cuore spostato a destra è addossato al tumore, ma senza alcuna connessione con esso, miocardio con note degenerative; apparati valvolari e pericardio normali.

Fegato e milza: normali per volume, forma consistenza, ecc. Reni idem. Peritoneo integro.

L'esame istologico del tumore praticato a Napoli dal chiarissimo prof. Menotti Bucco (al quale esprimo qui la mia devota riconoscenza), ha dimostrato quanto segue:

« Un tessuto sprovvisto di vasi e di tessuto connettivo, formato di cellule in attiva proliferazione ed a rapido disfacimento, come lo dimostrano i nuclei in attiva cariocinesi e le note degenerative dei nuclei e dei protoplasmi di molti elementi.

La proliferazione non è uguale in tutti gli elementi; molti presentano nuclei giganti e si notano molte figure cariocinetiche in gran parte atipiche.

La maggioranza delle cellule ha la forma di piccoli elementi rotondeggianti, a nucleo piccolo e centrale.

Il tessuto dunque non ha struttura di nessun organo normale. Non è un tessuto infiammatorio per la mancanza dei fenomeni vasali.

Ciò escluso, data la attiva proliferazione degli elementi è facile pensare ad una neoformazione. Questa non è a tipo connettivale, bensì a tipo epiteliale.

Non è un adenoma ma un epitelioma perchè non riproduce epiteli e glandole normali.

Tenuto conto della struttura strettamente embrionale si deve con sicurezza concludere per una forma di carcinoma ».

Nel corso della malattia, dopo le prime incertezze, la diagnosi di neoplasma pulmonare si affacciava spontanea e si delineava più chiaramente, suffragata, dai seguenti fatti:

La diagnosi di neoplasma pulmonare si affacciava spontanea e si delineava più chiaramente, suffragata, dai seguenti fatti:

1° la cachessia profonda e progressiva;

2° la insorgenza subdola della malattia e la rapidità di diffusione propria dei tumori maligni;

3° la atipicità della sopravvenuta pleurite (apiressia). La tosse, l'affanno e il dolore preesistevano al versamento nè furono da questo aggravati in modo notevole;

4° mutismo pulmonare prima e dopo la toracentesi.

Il tessuto pulmonare, profondamente infiltrato dal tumore non funzionava più e non poteva più funzionare; di qui l'assenza del fremito vibratorio, il silenzio respiratorio, la ipofonesi. Di qui la funzione vicariante del pulmone destro, insufficiente del resto perchè l'ammalato era sempre dispnoico; di qui:

5° il segno di Pitres invertito, ossia la deviazione dello sterno verso il lato sano. A proposito di questo segno gioya ricordare che di esso si occupò Raoul Novaro nella *Revista de la Association Médica Argentina* (1919 aprile-maggio. Riassunto nel *Policlinico*, Sez. pratica 1919, fasc. 42), dandogli una importanza di primo ordine per la diagnosi dei tumori pulmonari. Egli sostiene che la più gran parte dei sintomi obbiettivi nei casi di neoplasia pulmonare possono essere presenti in altre affezioni pleuro-pulmonari e cardio-vascolari. Invece un segno patognomonico sarebbe l'inversione del segno di Pitres. Si sa che in un individuo normale, a sviluppo scheletrico regolare, la linea giugulo-ombellico-pubica passa esattamente per la linea mediana dello sterno e dell'appendice xifoide. Il segno di Pitres (non invertito) consiste nella deviazione dello sterno da detta linea verso il lato malato e si ha nella pleurite essudativa, ma è stato osservato anche nella pleuro-pulmonite, nell'enfisema unilaterale e in tutte le affezioni che, aumentando la pressione unilaterale del torace, aumentano l'ampiezza dell'emitorace affetto e quindi spostano lo sterno da questa parte. Invece, secondo Raoul Novaro, nelle neoplasie pulmonari o pleuro-pulmonari o pleuro-mediastino-pulmonari si ha il fenomeno opposto: cioè la deviazione dello sterno verso il lato sano o quello meno compromesso. E questo perchè il cancro, sia con la inevitabile compresssione di qualche bronco principale, sia infiltrando interi lobi pulmonari, sia invadendo la cavità pleurica e dando luogo ad abbondante e rapido versamento liquido che può immobilizzare anche il diaframma, determina sempre una forte diminuzione della capacità respiratoria di una gran parte del pulmone ed obbliga così il compagno del lato sano ad un maggior lavoro. Ne consegue con la iperfunzione vicariante di questo, un aumento dell'ampiezza dell'emitorace corrispondente e quindi lo spostamento dello sterno da questo lato (inversione del segno di Pitres);

6° Carattere della ottusità accennato.

7° Natura emorragica del liquido estratto con la toracentesi. Sta a dimostrare una diffusione alla pleura e a testimoniare la reazione di questa all'invasione neoplastica. « Il liquido aspirato nei casi di neoplasie pleuriche primitive o diffuse è molte volte siero-ematico, anzi tante volte è ematico in grado eccessivo. Il liquido siero-ematico è un criterio quasi assoluto per affermare e confermare la diagnosi di neoplasma pleuro-polmonare » (Cardarelli, Lez. Clin., Vol. I).

8° La rapida riproduzione del versamento. Si estrassero la prima volta 2000 c. c. e dopo due giorni se ne estrassero 2500.

9° Il liquido fortemente emorragico, lasciato a riposo si divideva in due strati: uno inferiore rosso-scuro, certamente in prevalenza corpuscolare, l'altro superiore più limpido e meno rosso. È questo un altro carattere proprio dei versamenti neoplastici, che li diffe-

quido è meno ematico e più omogeneo. (Cardarelli, l. c.).

Contro questa serie di fatti a favore di una neoplasia pulmonare diffusa alla pleura, sta la assoluta mancanza di glandole ingorgate sia alla regione ascellare che alla fossa sopraclavicolare e alla parete dell'emitorace affetto. Ma questo fatto si spiega benissimo con l'ammettere, sul decorso della malattia, che la neoplasia solo da poco tempo aveva incominciato ad espandersi e con rapidissima progressione espandendosi lungo le vie linfatiche del pulmone, raggiunta la pleura viscerale, aveva inondato prevalentemente ed elettivamente la cavità pleurica, questo grande collettore e serbatoio di linfatici, senza avere avuto ancora il tempo di rendersi superficiale, o meglio. sottocutanea attraverso i linfatici che fanno capo all'ascella, alla fossa sopra-clavicolare e alle pareti del torace. Se il tumore fosse sorto prima nella pleura, allora sì l'interessamento delle glandole linfatiche sarebbe avvenuto più prontamente e più vivacemente. Se la malattia si fosse protratta ancora per qualche settimana, avremmo certamente assistito all'ingorgo glandolare caratteristico.

Celleno (Roma), gennaio 1922.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Sulla anafilassi da echinococco

(J. H. BOTTERI. *Wiener Klinische Woschenschrift*, XXXV/21, 25 maggio 1922).

Il liquido idatico si può considerare un vero antigene, perchè può produrre anafilassi attiva e passiva e desensibilizzare, con *choc* caratteristico, l'organismo reso ipersensibile. Si può usare nell'uomo perchè non ha un potere venefico primario. Esso mantiene per mesi il suo potere se è conservato ben chiuso con una aggiunta del 2 % di cloroformio, perchè la sua reazione alcalina permette una breve ebollizione senza che si precipiti l'albume, fenomeno che porterebbe alla diminuzione o all'abolizione del potere dell'antigene. Si ottengono migliori risultati col liquido idatico umano (che contiene 0.5-2 ‰ di albume) che con quello bovino (privo di albume). Non si tratta però secondo l'A. di risultati ottenuti dall'azione anafilattica dell'albume estraneo.

La sensibilizzazione si può ottenere per via sottocutanea con una iniezione sola di 2-5 cm.^{3}, qualche volta con ripetute iniezioni intracutanee di 0.10, difficilmente per via endovenosa; una volta riuscì all'A. con la somministrazione per bocca di 350 gr. di antigene, dato in 7 giorni. Circa 8-10 giorni dopo, una iniezione intracutanea di 0.1-0.2 cm.^{3} di liquido sterile dà una reazione locale con arrossamento ed infiltrazione del diametro di circa 5 cm., mentre la reazione alle iniezioni sensibilizzanti manca affatto o dà una papula di 1 cm. di diametro al massimo.

La reazione intracutanea in pazienti con cisti da echinococco è imponente. L'A. inietta nella cute della parte volare dell'avambraccio con un ago assai sottile 0.1-0.2 cm.^{3} di liquido idatico umano conservato. Non si ha una reazione generale, ma il giorno seguente all'iniezione si può constatare un arrossamento, talvolta della grandezza di una mano, con rigonfiamento della cute e spesso con forte edema infiammatorio del sottocutaneo, che talvolta si estende a tutta la parte volare dell'avambraccio od anche tutto l'avambraccio. L'edema aumenta in qualche caso il secondo giorno e sparisce di solito completamente verso il quarto giorno. Non riesce una cutireazione alla Pirquet od una oftalmo-reazione alla Calmette.

Secondo l'A., la reazione, nota in Italia ed in Francia, finora non venne studiata scientificamente affatto o solo superficialmente.

La reazione può mancare temporaneamente se l'echinococco è suppurato, per riapparire quando il paziente operato riacquista le sue forze; può essere debole nei casi di cisti multiple del peritoneo con grave deperimento generale (tisi idatidea). In questi casi, provvedimenti atti a sollevare le forze del paziente rendono più evidente la reazione. La reazione è indebolita dopo una reazione subcutanea positiva alla tubercolina ed è indifferente alle iniezioni di joduro di potassio, di salvarsan, di tiroidina, di latte.

L'A. è riuscito a diagnosticare con questa reazione una cisti del fegato grande appena quanto un uovo, diagnosi che ebbe conferma dalla operazione.

La ipersensibilità degli operati dura molto tempo dopo l'operazione, in casi dell'A. fino a 22 anni; quella artificiale circa 4 settimane.

Si può trasmettere passivamente l'anafilassi (che in questi casi dura poco ed è generale e non locale) con dosi di siero di 100-200 gr.

Non riesce la desensibilizzazione con ripetute iniezioni intracutanee, ma solo con iniezioni endovenose e con *choc*. L'A. fece delle esperienze, ma non indica le dosi impiegate, dice solo che cominciò con molta prudenza con quantitativi minimi. Subito dopo notò nei soggetti: faccia congestionata, arrossamento delle

congiuntive e dopo pochi minuti una orticaria generale accentuata ai posti delle antiche reazioni; qualche volta vertigine, vomito e diarrea, leggeri aumenti di temperatura, traccie di albume e urobilinogeno nelle urine. Lo *choc* si ottiene solo con antigene umano, dura due ore circa: la desensibilizzazione si mantiene da 3-7 giorni.

L'A. riuscì ad ottenere con sensibilizzazioni continuate un enorme aumento degli eosinofili (p. e. da 300 a 3500, da 860 a 4350), che interpreta come sintomo anafilattico.

L'A. sta eseguendo esperimenti per studiare il valore diagnostico della reazione negli animali e tentare la vaccinazione preventiva contro la echinococcosi, senza aver speranze di effetti terapeutici ad infezione avvenuta.

BANISSONI.

MEDICINA.

Profilassi e terapia della spirochetosi ittero-emorragica.

(RIOKIKI INADA. *The Japan medical World*, 15 luglio 1922).

Si sono sollevati dei dubbi sull'identità dell'agente di questa malattia nel Giappone ed in Europa, dubbi fondati sopra osservazioni morfologiche ed immunologiche; recenti osservazioni però confermano che sebbene possano esservi lievi differenze immunologiche fra i varî stipiti, tali differenze non sono sufficienti per ritenere che si tratti di razze o di specie diverse. Il problema della difesa contro tale malattia presenta notevole importanza al Giappone dove essa è in aumento; da 2000-3000 casi denunciati nel 1915, si è saliti a 6000 nel 1917; non è improbabile che in parte tale aumento sia fittizio e dovuto ad una migliore conoscenza della malattia da parte dei medici.

PROFILASSI.

Può basarsi sullo studio delle vie di escrezione e di invasione e sullo sviluppo di immunità attiva nell'organismo.

L'*immunità attiva* è stata dapprima ottenuta nella cavia, con l'iniezione di vaccini preparati con colture di spirocheta; queste si fanno nel seguente mezzo: siero di coniglio 1,5, soluzione di Ringer 4,5, agar al 2 % o plasma al citrato 1,0; la miscela va coperta con olio di vaselina. Wani ha modificato tale terreno come segue: siero di cavallo 1, soluzione di Ringer 3, con piccola quantità di sangue di cavia; si mescolano 4-8 parti di tale miscela con 1 di agar al 2 %, senza aggiungere l'olio di vaselina. Le colture possono farsi in 100 cmc. del mezzo contenuti in pallone da 300 cmc.

Sull'uomo le prime esperienze vennero fatte da Ito e Matsuzaki iniettando cmc. 2,5 del vaccino e trovando la prova di Pfeiffer positiva in 23 sopra 30 uomini vaccinati.

Wani con 2 iniezioni di 2 e 3 cmc. ad una settimana di intervallo trovò la reazione di Pfeiffer positiva in tutti i casi.

Le prime prove in grande vennero fatte nel 1916 su 314 uomini, fra i quali si erano sviluppati 15-30 casi al mese, mentre nei tre mesi seguenti alla vaccinazione, si ebbero soltanto 5 casi. Le vaccinazioni vennero poi estese; nella miniera di Tagawa si fecero sopra 10.628 uomini, dal luglio 1919 al gennaio 1921; in tale periodo di tempo, si ebbero 437 casi di spirochetosi, dei quali 432 fra quelli non vaccinati; quindi solo 5 casi fra i vaccinati e solo 1 caso fra quelli che ebbero due iniezioni. Si è così raggiunta la prova della efficacia della profilassi vaccinica.

L'iniezione viene fatta sottocute nello spazio interscapolare; si hanno come reazioni, induramento, rossore, leggero dolore, solo in pochi casi febbre e leggera cefalea. Gli immunocorpi vennero trovati in 5 casi su 7 dopo 221 giorni, ed in 6 su 8 dopo 580 giorni.

Trattamento del terreno infetto. — La malattia è prevalente nei terreni con reazione alcalina o neutra, ciò che fa ritenere che la spirocheta abbia una scarsissima resistenza contro gli acidi. Toyama di fatto trovò che essa è uccisa dall'acido cloridrico o solforico a 0,02 %, dagli acidi organici del suolo o dei concimi a 0,01 %, dai sali acidi minerali a 0,1 %. La concentrazione di questi acidi è di molto inferiore a quella minima, che impedisce l'accrescimento del riso o di altre piante erbacee. La spirocheta vive bene in un concime fatto con pesci, piante e ceneri, ma è uccisa da un concime chimico a base di nitrato di calcio, a diluizioni di 0,01 %; con l'uso di kg. 4,62 per 1000 mq. in un campo di riso sperimentale, le spirochete vennero distrutte. In esperimenti fatti su più larga scala, in campi di 275,000 mq. dove lavoravano 3389 individui, non si ebbe nessun caso di malattia, mentre negli anni precedenti ve ne erano stati da 10 a 48 ogni anno. Le piante crebbero bene.

Lotta contro i topi. — Il topo è portatore della malattia; ogni mezzo usato contro di esso è giovevole.

Bonifica delle miniere. — In una miniera dove lavoravano 30 individui, 9 contrassero la malattia durante un periodo di 24 giorni; dopo aver portato miglioramenti col drenaggio, non si ebbe più alcun caso.

L'isolamento del paziente non è necessario: urine e feci possono infettare la cavia, e vanno trattate con cautela; non si conoscono però casi di infezione da contatto per tali escrezioni. La spirocheta può entrare a traverso la cute intatta; nella cavia in cinque minuti, nell'uomo, più resistente, con minore rapidità; minatori e contadini possono infettarsi per tale via; non è da escludersi però anche la via digerente.

La mosca non trasmette la malattia: la spirocheta non vive a lungo nelle *Anopheles* nè nei *Culex*: venne trovata viva nel sangue di una sanguisuga, 72 ore dopo che questa aveva succhiato il sangue.

SIEROTERAPIA.

Venne applicata dall'A. fin da cinque anni or sono. Il siero è ottenuto da un cavallo immunizzato, ad un titolo di cmc. 0,003-0,005; il titolo è la dose minima che impedisce lo sviluppo della malattia in una cavia da 200 g. inoculata nell'addome con 1 cmc. di emulsione in fegato di coltura pura contenente 10 spirochete per ogni campo di obbiettivo ad immersione. L'azione dell'immunsiero si esplica con la distruzione delle spirochete.

Iniezioni sottocutanee. — Si usarono 20 cmc. per volta con un totale di 60 cmc. nelle 24 ore: passate queste, la spirocheta era del tutto scomparsa dal sangue. La mortalità venne ridotta dal 30,6 % al 17,3 %, ed anche al 14,7 per cento. Il siero non mostrò influenza netta sulla febbre nè sull'ittero, ma agì invece sulle emorragie. L'inoculazione in cavia del sangue preso 5-24 ore dopo l'iniezione di 40-60 cmc. rimase negativa. La produzione di immuncorpi fu più rapida negli ammalati inoculati. Poche o punte reazioni si ebbero, con cefalea, ronzio alle orecchie, eritema locale.

Iniezioni endovenose. — Si pratica dapprima l'iniezione sottocutanea di 1-2 cmc.; 2-3 ore più tardi quella endovenosa di 20 cmc., con siero riscaldato a 37°; l'iniezione va fatta lentamente ed eventualmente ripetuta una sola volta. In qualche caso (16,3 %) si ebbero brividi e febbre; in 3 casi eritema generalizzato.

La mortalità che era del 57,1 % dei casi gravi si è abbassata con tale metodo sieroterapico a 34,7 %. La minore mortalità con l'iniezione sottocutanea si spiega col fatto che vennero trattati con essa anche i casi leggeri che guariscono anche spontaneamente.

Con le iniezioni endovenose si osserva spesso l'abbassamento della febbre, sempre la minore durata dell'ittero (11-20 giorni, nei casi gravi, invece di 20-30), la notevole riduzione delle emorragie; viene ridotta anche la formazione di ascessi (4,9 % invece del 24 %).

Due o tre ore dopo l'iniezione, le spirochete scompaiono dal sangue, purchè il titolo sia almeno 0,01; esse vengono distrutte anche nei visceri. Ancor più marcata che con l'iniezione sottocutanea è la formazione di immuncorpi, che si trovano dopo 8-9 giorni in proporzione elevata.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Carcinoma della prostata.

(BARRINGER. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, 1922, n. 2).

Il carcinoma della prostata presenta molte questioni complesse sia per la terapia sia per la diagnosi. L'A. si propone di discutere i più importanti e specialmente quanto riguarda la radiumterapia.

Il carcinoma della prostata può presentare due tipi estremi di malignità con tutti i gradi intermedi. Nel primo tipo meno maligno la malattia ha un decorso relativamente lungo, invade tutta la prostata, non si estende al di là delle vescichette seminali; nel secondo tipo molto più maligno le lesioni prostatiche sono limitate tanto che si fa la diagnosi di cancro soltanto come probabile, ma le metastasi sono molto voluminose ed estese.

I tipi intermedi sono molto più frequenti, ed il tipo più comune è quello di un tumore che cresce non molto rapidamente limitato da una parte dall'aponevrosi di Denonvilliers e dall'altra dalla base della vescica che invade i linfatici che stanno intorno alle vescichette seminali e che dà metastasi molto tardive.

L'A. ha osservato 145 casi di carcinoma della prostata: in due di questi casi il tumore era contenuto dentro alla prostata, in un terzo caso sconfinava appena dalla capsula; negli altri 142 casi il tumore presentava o diffusione alle vescichette ed alla vescica o diffusione alle pareti pelviche, o metastasi più o meno lontana.

La diffusione più frequente è quella nelle vescichette seminali e nelle pareti laterali della pelvi; e secondo l'A. specialmente lungo ciascuna branca del pube.

Soltanto in tre casi vi era diffusione al retto con perforazione della parete.

In un caso vi erano metastasi nell'uretra anteriore avvenute evidentemente per via linfatica retrograda: in questo caso le metastasi si erano prodotte dopo che era stata fatta una puntura vescicale; ma l'A. ha visto un altro caso nel quale le metastasi uretrali si erano prodotte senza alcun intervento.

Le metastasi a distanza si fanno nella pelvi,

nella colonna vertebrale, nei polmoni, nelle ossa lunghe, ma l'A. non ha dati sufficienti per dedurne la relativa frequenza.

In un caso soltanto l'A. vide un carcinoma prostatico secondario ad un cancro della vescica.

I sintomi iniziali della malattia furono nei vari casi:

1) Disturbi della minzione in 115 casi (disuria, nocturia, frequenza, difficoltà nella minzione, ritenzione, associate o isolate).

2) 8 casi presentarono un'ematuria iniziale, 25 un'ematuria tardiva: in 18 di questi la vescica era invasa secondariamente.

3) In 7 casi il sintomo iniziale fu il dolore indipendente della minzione in corrispondenza sia delle coscie, sia del perineo, sia della prostata, sia dell'addome, sia anche coi caratteri di una sciatica.

4) Un paziente come primo sintomo presentò edema delle gambe, un altro atrofia del testicolo, un terzo costipazione, un quarto rettorragia.

In quanto all'età il tumore fu osservato sopratutto al disopra dei 50 anni, soltanto in 5 casi dai 40 ai 50 anni e in 2 casi dai 30 ai 40 anni.

È importante osservare che in molti dei casi studiati dall'A. i disturbi duravano da molti mesi prima, fino in qualche caso a 60-70 mesi senza che fosse stata fatta la diagnosi.

L'esame obbiettivo comprende l'esplorazione rettale colla palpazione della prostata e con speciale riguardo alla esistenza o meno di indurimenti peri-vescicali o delle pareti laterali della pelvi. È anche importante la esistenza di nodi linfatici superficiali sul pene. Si esaminerà poi la quantità di urina residuale, la funzione del rene, si farà la cistoscopia, la cistografia ed anche la radiografia dello scheletro specialmente della colonna vertebrale e della pelvi per vedere se vi sono metastasi.

L'A. è ricorso 33 volte alla puntura esplorativa della prostata fatta per via perineale sotto anestesia locale novocainica mentre un dito era introdotto nel retto per guidare l'ago: 16 volte ottenne tessuto prostatico e in 9 casi l'esame dimostrò trattarsi di cancro. Consiglia di ricorrere a questo metodo nei casi dubbi.

Terapia. Radiumterapia.

1) Puntura prostatica: ago di acciaio lungo 10 o 15 cm. di n. 18 contenente nella sua estremità distale 50-100 millicuries di radium. sotto anestesia locale novocainica mentre un dito è introdotto nel retto per guidarlo, viene spinto attraverso il perineo in un lobo della prostata e quando è completato il trattamento di questo lobo viene parzialmente ritirato e poi spinto nell'altro lobo senza farlo uscire dal perineo. Una massa epiteliomatosa di 2 cm. circa di diametro può essere trattata inizialmente con una dose di radium di 300-400 millicuries ore. E le sedute possono essere ripetute in dosi più piccole dopo due o tre mesi ovvero si possono usare dosi molto minori (25-50 millicuries ciascuna settimana); l'A. però rifeisce il 1° metodo.

2) Puntura delle vescichette seminali. Si deve far sempre anche quando non sono invase dal cancro. Somministrato un clistere evacuativo, si introduce un dito nel retto e sulla guida di questo si spinge una piccola cannula fino a contatto delle vescichette e poi attraverso di essa l'ago.

L'A. ha usato anche i tubi con radio ma non è rimasto soddisfatto.

Quando vi era invasione dell'uretra mediante l'uretroscopio venivano introdotti in essa dei tubi di un mm. di diametro contenenti radium: la dose massima era di 200 millicuri ora. Il tubo può essere introdotto anche attaccato all'estremità di un catetere. Terminata la seduta il tubo può essere riestratto ovvero lasciato eliminarsi colla minzione.

La radiumterapia rettale non è efficiente come l'ago puntura e produce dolore.

Se vi è residuo vescicale e questo col trattamento sopra indicato non diminuisce l'A. è ricorso all'introduzione di un tubo di radio nella prostata vicino al collo della vescica per via uretrale mediante o l'uretroscopio od il cistoscopio operatorio di Buerger. La dose è di 6 millicuri. L'azione è locale caustica. Se con questo trattamento l'urina residuale non diminuiva ricorreva all'operazione di Young o al drenaggio soprapubico o alla prostatectomia parziale per via soprapubica.

L'edema degli arti inferiori dovuto alla compressione della vena iliaca è stato trattato con successo mediante il radium posto sull'addome e centrato verso la vena compressa con la dose di 10000-15000 millicuri ore.

In un caso di stenosi rettale introdusse attraverso la stenosi un tubo di 2-5 millicuris con notevole miglioramento che rese inutile una colostomia.

In conclusione secondo l'A. i risultati della radiumterapia nel carcinoma della prostata sono superiori alla asportazione del tumore sia perchè determina la regressione della malattia sia perchè cura la ritenzione urinaria. L'A. a conferma di ciò riferisce molti casi di guarigione dei quali notevoli 4 dichiarati inoperabili che guarirono e non presentavano recidiva 3-5 anni dopo il trattamento radio-terapico.

LEONARDO DOMINICI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

LEVI G. *Vita autonoma di parti dell'organismo. La coltivazione dei tessuti*, con 35 figure nel testo. Attualità scientifiche. Serie medica, Bologna. N. Zanichelli.

Gli studiosi del nostro paese non possono essere certo tacciati di misoneismo; una scoperta od un nuovo indirizzo di studi vengono quasi sempre accolti con simpatia fra noi, così avvenne a suo tempo quando si iniziò l'era della Batteriologia, e più tardi quella delle ricerche immunitarie e delle applicazioni della chimico-fisica alla Fisiologia; sempre la parte più eletta dei nostri ricercatori seppe impadronirsi delle nuove tecniche ed affermarsi vigorosamente nell'indirizzo di studi che appariva più promettente; infine il conservatorismo e l'attaccamento alla tradizione che potranno essere una forza ma sovente ci fanno guardare con ostilità ogni novità anche nel campo delle scienze, non ha radici fra noi.

Invece le ricerche sulla coltivazione dei tessuti fuori dell'organismo, furono finora in Italia come del resto in tutta l'Europa scarse. Sono ormai oltre 12 anni che Harrison ha reso noto il suo metodo d'indagine; nel frattempo fatti d'importanza grandissima furono scoperti, con questo metodo in alcuni Istituti del Nord-America; ma questi fatti sono imperfettamente conosciuti anche fra i biologi ed i medici più colti del nostro paese.

Ben pochi sanno infatti, per accennare alla scoperta di maggior portata, che nell'Istituto Rockfeller sotto la guida di Carrel viene coltivata una «razza pura» di fibroblasti discendenti da un frammento di cuore isolato da un embrione di pollo 10 anni or sono e rinnovato continuamente con molte centinaia di passaggi successivi.

E che questo singolare materiale d'esperienza si presta mirabilmente alla soluzione del problema della senescenza degli organismi, di questioni immunitarie, ecc.

L'Autore di questo libro, il quale si è dedicato da molti anni a ricerche a preferenza con indirizzo morfologico, sulla coltivazione dei tessuti in vitro, ha voluto far conoscere al pubblico colto del nostro paese quest'interessante e promettente campo di studi.

Il libro è redatto in forma accessibile ad ogni persona colta, e potrà essere utile anche ai Biologi, i quali non hanno nozioni precise su quanto questo mirabile metodo d'indagini può dare alla scienza.

I due primi capitoli del libro trattano dei rapporti esistenti fra la morte dell'organismo e delle sue parti e della sopravvivenza di parti dell'organismo isolate. Nel terzo è esposta in maniera sommaria ma sufficientemente lucida la tecnica della coltivazione dei tessuti in vitro, in modo che un biologo può impadronirsene anche senza ricorrere ad altre fonti.

Nei capitoli successivi è trattato delle cause che determinano le differenze nei caratteri delle culture e del comportamento di vari tessuti specificamente differenziati nelle culture.

Dai cap. VI e VII il lettore potrà formarsi un'idea di quanto è stato fatto e di quel che si può ancora compiere con questo metodo; ed il medico vi apprenderà come i più fondamentali problemi nel campo dell'immunità e dell'oncologia possano essere approfonditi col metodo delle culture. Il libro è corredato da 35 figure, quasi tutte originali. A. LUSTIG.

KRAUS R. und NHLENHUTH. *Handbuch der mikrobiologischen Technik.* Band I. Hälfte I. Wien. Urban e Schwarzenberg. 1922. M. 720.

Dell'opera dei due Autori soltanto la prima parte del primo volume è ora comparsa. Essa tratta soltanto del microscopio e delle colorazioni, e la compilazione di ogni capitolo è compiuta da autori particolarmente competenti nella parte loro affidata. Così per quanto si riferisce al microscopio non soltanto sono ampiamente trattati i problemi di fisica ad esso collegati, ma tutti i metodi di esame in campo oscuro e di microfotografia. Nella parte riguardante le colorazioni, tutti i mezzi sono ampiamente svolti sia quelli generali, sia quelli particolari e più delicati. *tr.*

C. BILANCIONI. *Veteris vestigia flammae.* — Casa Editrice «Leonardo da Vinci», Roma. Prezzo L. 44.

È un bel volume di quasi seicento pagine che l'infaticabile prof. Guglielmo Bilancioni ha pubblicato per i tipi della Casa Editrice Leonardo da Vinci. Contiene 19 monografie già pubblicate in diversi giornali e riviste decorate da 66 interessantissime illustrazioni. Da Pietro Lusitono papa (Giovanni XXI) medico e oculista a Leonardo, a Ingrassia medico legale, a Cisalpino, al Valsalda, a Lancisi, a Eustachio, al Baglivi, allo Spallanzani, egli intesse meravigliosi lavori storici critici e polemici tutti intesi al titolo del libro e al sentimento patriottico, in difesa in ispecie degli studi e delle scoperte dei nostri geni multiformi e modesti che in tempi antichi e recenti con somma facilità si fecero usurpare dai stranieri le loro scoperte e la loro fama.

La verità è che nei momenti più tristi delle sue vicende politiche l'Italia ha dato nel gran circolo della vita universale luce purissima di pensiero agli altri popoli.

Spettacolo che altri potrà dir vergognoso e che a me apparisce pieno di sacra pietà — esclama il Carducci — cotesto di un popolo di filosofi, di poeti, di artisti, che in mezzo ai soldati stranieri da ogni parte irrompenti, seguita accorato e sicuro l'opera sua di civiltà. Sempre grande il sacrificio, ma quando sia una nazione che si sacrifica è cosa divina: e l'Italia sacrificò sè all'avvenire degli altri popoli. Cara e santa patria! ella ricercò il mondo intellettuale degli antichi, ella diè forma dell'arte al mondo tumultuante e selvaggio del medioevo, ella aprì alle menti un mondo superiore di libertà e di ragione; e di tutto fe' dono...

Il Bilancioni, l'autore del magnifico studio sulla « Sordità di Beethoven » è già troppo conosciuto e apprezzato per tornare a raccomandarlo al lettore. *Veteris vestigia flammae* è un volume di storia della nostra medicina e della nostra scienza che tutti i medici ancora amici della cultura — *temporis acti* — e spero ancora sieno molti, dovrebbero avere nella loro biblioteca. Dott. TULLIO CECCHETELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 25 luglio 1922.

Le sostanze proteiche ed il rapporto fra le albumine e globuline del siero di sangue nelle varie forme morbose.

B. SALKIND. — L'O., determinando l'indice refrattometrico e la viscosità dei sieri di sangue, ha potuto studiare la percentuale delle sostanze proteiche ed il rapporto fra le albumine e globuline su un totale di 126 sieri appartenenti alle più svariate forme morbose.

In base alle sue ricerche l'O. viene a concludere che:

1° La ricerca refrattometrica dei sieri di sangue non ci dà nessun mezzo diagnostico per distinguere le varie forme morbose.

2° Nella tubercolosi polmonare si nota generalmente l'aumento dell'indice refrattometrico del siero di sangue. Questo aumento delle proteine del siero è parallelo al progredire dell'infezione finchè non sopravviene un notevole peggioramento nello stato generale dell'infermo e non compare cachessia. In questo caso il valore delle sostanze proteiche diminuisce notevolmente diventando spesso subnormale.

3° Si nota sovente ed in diverse malattie un alterato rapporto fra il contenuto percentuale delle albumine e globuline del siero di sangue. La prevalenza delle globuline sulle albumine nel siero di sangue non è specifica per nessuna forma morbosa.

4° Il rapporto fra le globuline ed albumine del siero varia in diversi stadii della tubercolosi polmonare. La sua conoscenza può essere utile per il giudizio prognostico dell'infezione.

Endocarditis lenta.

BARINETTI. — L'O. espone alcune osservazioni fatte su quattro casi di endocarditis lenta. Descrive il decorso della malattia caratteristico in uno dei casi studiati: splenomegalia, nefrite emorragica, focolai broncopneumonici, complicazioni dell'endocardite verificatesi l'una in seguito all'altra sempre accompagnate da febbre alta insorta con brivido. Espone i risultati della ricerca batteriologica in uno degli ammalati, nel sangue del quale fu differenziato uno streptococco, che a differenza del viridano non ha alcuna azione sulla emoglobina. Accenna alla utilità di richiamare la attenzione sugli ammalati affetti della forma morbosa in questione anche dopo le numerose osservazioni degli ultimi anni per la necessità di conoscere la malattia in tutte le sue particolarità e per la importanza che ha lo studio dei germi che ne sono la causa.

Ricerche sulla funzionalità epatica nella sifilide - (Nota 1ª).

Dott. G. FALCHI. — L'O. partendo dal fatto che la sifilide anche in stadi recenti può dare localizzazioni nei diversi organi viscerali con svariata sintomatologia e per la tendenza spiccata della spirocheta pallida a localizzarsi di prevalenza nel fegato ha ricercato le minime alterazioni funzionali dell'organo nei diversi stadi dell'affezione.

Come metodi di esame ha adoperato la prova dell'emoclasia digestiva nella tecnica originale del Widal, il dosaggio dell'urea coll'apparecchio del Ferrero, la prova della glicosuria alimentare e del bleu di metilene. Ha esaminato 40 casi di sifilide in vari stadi coi seguenti risultati, trovando la funzionalità epatica normale nei sifilomi iniziali, ed invece più o meno alterata in quasi tutti gli altri casi.

Ha inoltre ricercato le modificazioni nei casi con funzionalità epatica da considerarsi alterata in correlazione della cura; solo due hanno modificata la prova dell'emoclasia digestiva mantenendo invariate le altre.

Conclude che anche quando la lues non dà segno alcuno apprezzabile di lesione epatica si può coi metodi descritti essere indotti a supporre una qualche alterazione della funzionalità anche in periodi abbastanza recenti.

L'utilità pratica di questi metodi è poi notevole nell'applicazione dei farmaci pensando alla parte importante che ha il fegato nelle cure a base di arseno benzolo. Dott. GINO REINA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La debolezza costituzionale di circolo e la cardiopatia degli adolescenti.

Benjamin (*Klinische Wochn.*, 17 giugno 1922) distingue due fasi di reazione del cuore al lavoro; in una prima, i muscoli che lavorano ricevono maggior copia di sangue, il quale è tolto al territorio dello splancnico, sicchè si ha per conseguenza aumento di pressione sanguigna ed un riempimento del cuore. In una seconda fase, o reazione di esaurimento, i vasi del territorio dello splancnico si allargano, diviene scarso il riflusso di sangue al cuore, la grandezza del polso diminuisce e la muscolatura, insufficientemente nutrita, deve interrompere la sua attività.

La debolezza costituzionale di circolo, senza che vi sia malattia o deficienza degli organi circolatori, si manifesta con la comparsa anticipata della reazione di esaurimento, e consiste in una ipereccitabilità della regolazione nervosa della circolazione.

Essa si osserva particolarmente nell'età prepubere, per l'ipereccitabilità del sistema autonomo e per il rapido accrescimento in lunghezza del corpo e quindi delle vie vascolari non proporzionale a quello della pressione cardiaca ed arteriosa; di fatto mentre la lunghezza corporea dalla nascita alla fine dell'accrescimento, aumenta di 3 volte e 1/2, la pressione cardiaca ed arteriosa si raddoppia.

Questi fatti si manifestano nel giovane con alta pressione e relativamente piccolo volume del cuore, con aumento dello spessore delle pareti ventricolari in confronto delle cavità (ipertrofia da crescenza) e dimostrano lo sforzo dell'organismo per ottenere una circolazione sanguigna non diminuita; spesso poi, quando il sistema nervoso è ipereccitabile, si ha la debolezza costituzionale di circolo, il pallore di crescenza, con scarso volume del polso, rapidi cambiamenti di colore.

La nozione che la debolezza del cuore degli adolescenti è soltanto di natura funzionale è di importanza pratica, poichè spesso il timore di sovraffaticare il cuore dei giovani impedisce la terapia necessaria, data dall'esercizio ginnastico. Questo combatte l'atassia ed il prematuro esaurimento della ripartizione sanguigna per opera del sistema nervoso; favorisce lo sviluppo muscolare, migliorando la sproporzione dell'accrescimento in altezza e le consecutive alterazioni della dinamica circolatoria. L'esercizio ginnastico non può infine recar danno nemmeno se si oltrepassano i limiti, poichè l'esaurimento prematuro del cuore debole per costituzione non è segno di insufficienza, ma solo di autodifesa del cuore. *fil.*

Cardiopatie e gravidanza.

Pardel (*Journal American Medical Association*, 22 aprile 1922) ha avuto occasione di osservare gran numero di cardiopazienti incinte e le ha seguite durante la gravidanza e dopo il parto. Per saggiare la capacità del cuore di queste donne egli ha istituito degli esperimenti che permettono di prevedere come le pazienti sopporteranno la gestazione. La donna stando in posizione eretta con piedi divaricati deve sollevare con le due mani al disopra della testa un manubrio di dieci libbre ed abbassarlo quindi quanto più può: questo movimento deve essere compiuto in due secondi. L'esercizio può essere ripetuto generalmente venti volte senza difficoltà, ma la paziente deve essere sorvegliata ed invitata a desistere se si manifesta rossore della faccia o dispnea.

Come si è detto la donna incinta normale può ripetere il movimento venti volte senza alcuna molestia o solo con qualche lieve disturbo respiratorio: il polso subisce un'accelerazione che può andare fino a 120 battiti al minuto; ma dopo qualche minuto la respirazione e la circolazione ritornano normali. Se lo stesso esercizio ripetuto per il medesimo numero di volte provoca una forte dispnea e l'accelerazione del polso sale fino a 150 battiti e questi disturbi persistono oltre due minuti, la reazione deve essere considerata eccessiva.

In base ai risultati ottenuti Pardel ha raggruppato in quattro categorie le reazioni constatate:

1º Donne che non hanno avuto dispnea o palpitazioni dopo l'esercizio nè prima nè durante la gestazione;

2º Donne nelle quali si è avuta una reazione moderata, lieve dispnea e palpitazione, sia durante le gestazioni precedenti, sia durante quella attuale;

3º Donne nelle quali la reazione allo sforzo era già presente prima della gravidanza e che durante questa si è fatta più intensa;

4º Donne nelle quali la reazione, presente prima della gravidanza, durante questa è tale da costringere a prendere il letto.

Su 35 donne incinte con malattie di cuore Pardel ne ha trovate 9 appartenenti al primo gruppo, 8 al secondo, 9 al terzo e 9 al quarto.

Nelle pazienti dei primi due gruppi il parto ordinario non provoca inconvenienti serî.

Le donne del terzo e quarto gruppo devono essere attentamente sorvegliate, perchè solo la metà di esse superano il parto senza pericolo. Di regola si può conceder loro di divenire incinte solo a patto che si sottopongano ad una continua osservazione medica. *dr.*

La tachicardia degli ipertesi.

J. Mannaberg (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1922, n. 7) ha esaminato 241 malati affetti da ipertensione arteriosa con tensione massima superiore ai 180. In 103 di essi vi era tachicardia, ed in soli sette una bradicardia inferiore ai 60. I tachicardici erano più frequenti nel sesso femminile che non nel maschile. L'A. facendo notare come l'esistenza della tachicardia negli ipertesi è un fenomeno paradossale in rapporto alla legge del Marey, esclude la spiegazione che ne dà Lian, il quale ne fa un segno di insufficienza cardiaca, e l'ipotesi di Pal che la mette in rapporto con una sovrairrigazione del miocardio. Mannaberg insiste sul fatto che la tachicardia è generalmente anteriore all'ipertensione, che essa non è influenzata dalla digitale, e che non è influenzata dal cambiamento di posizione. Tale tachicardia deve essere ravvicinata a quella delle sindromi basedowiane. In favore dell'origine endocrina stanno: la sua comparsa piuttosto nel sesso femminile, la coesistenza di sudori profusi, di glicosuria, di ipertrofia tiroidea, l'assenza di midriasi adrenalinica. Come terapia è da consigliarsi solo il riposo a letto.

MONT.

La capacità vitale dei cardiaci.

Russel Burton-Opiz (*Journ. of A. M. A.*, 3 giugno 1922), mediante uno spirometro di sua costruzione, ha misurato la capacità vitale in 15 cardiopatici compensati, quasi tutti valvolari, ed ha trovato che essa non differiva sensibilmente dalla capacità teorica, calcolata secondo il peso e l'altezza del corpo. Ritiene che solo nei cardiopatici scompensati la capacità vitale sia notevolmente diminuita, e che tale diminuzione possa servire di misura dello scompenso, meglio che la pressione arteriosa e la frequenza del polso.

DORIA.

I sali di calcio nell'asistolia.

Danielopulo, Draganesco e Copaceanu di Bucarest hanno studiata l'azione del cloruro di calcio in individui normali, nell'ipertensione, nell'asistolia. Dalle loro ricerche risulta che (*La Presse Médicale*, n. 36, 1922) il calcio non è superiore alla digitale od alla strofantina nella terapia dell'asistolia, con l'aggravante che aumentando esso la coagulabilità del sangue, se nell'asistolia esistono piccoli coaguli nel cuore destro, la aumentata coagulazione del sangue intorno ad essi può avere risultati gravi.

Però se è un errore adoperare i sali di calcio nell'insufficienza miocardica che reagisce alla digitale od alle piccole dosi di strofantina, se la digitale fallisce, è giustificato l'uso nei casi nei quali anche la strofantina viene meno, associata alla digitale ed alla strofantina. In un caso infatti degli AA., di asistolia molto grave nel quale la strofantina era rimasta inefficace, gli AA. notarono che dopo la somministrazione di grandi dosi di cloruro di calcio, l'azione cardiotonica della strofantina divenne evidentissima.

Secondo gli AA. bisogna definitivamente rinunziare alla somministrazione per la via orale, e somministrare il calcio per via endovenosa, con la prudenza di non iniettare negli asistolici oltre 10-15 ctg., pro-dose di cloruro di calcio, per due o tre volte al giorno.

Si raccomanda inoltre di iniettare soluzioni diluite.

MONTELEONE.

Esistono realmente le varici interne degli arti inferiori?

E' da ritenersi che in questo quadro clinico si mettano molte forme svariate, che hanno solo in comune una certa somiglianza dei sintomi. L. Mabille ha studiato la questione su 589 individui in cui era stata fatta diagnosi di varici interne (*L'évolution médico-chirurgicale*, ottobre 1921) ed ha riscontrato che in realtà 72 avevano varici occulte (54 mascherate dal pannicolo adiposo, e 18 con insufficienza valvolare senza dilatazione apparente): in 292 casi si trattava di disturbi circolatori d'origine cardio-renale: 85 appartenevano ad affezioni diverse; 27 a reumatismo, cellulite; 29 a sifilide; 18 dolori osteocopi; 11 tabe iniziale. *fil.*

IGIENE.

Sul contagio e sulla diagnosi batteriologica della peste.

In occasione di un episodio di peste umana (circa 15 casi) verificatosi in provincia di Napoli nel 1921, F. Piccininni (*Annali di Igiene*, 1922, n. 4) ha fatto osservazioni ed esperienze che gettano nuova luce sul modo di contagio della peste. Poichè i primi casi si verificarono in individui che avevano avuto contatto con grani e farine, mentre nessun altro veicolo di contagio era dimostrato, l'A. ha rivolto la sua attenzione sui cereali come mezzo di trasmissione. L'A. esclude che questa abbia potuto aver luogo per mezzo delle pulci (che non trovano nel grano e nella farina un ambiente normale di vita) ed esclude altresì che possano essere in causa i comuni parassiti dei cereali, poichè in tal caso, il contagio sarebbe stato molto più diffuso. Questo deve dunque essere stato diretto. Da esperienze dell'A. stesso risulta che il bacillo pestoso, può resistere nel grano artificialmente inquinato per un periodo massimo di 14 giorni, a temperature di 2°-13°. Entro questo periodo di tempo una massa di grano o di farina, contagiata per mezzo di dejezioni e specialmente di carogne di topi pestosi, può, a sua volta, contagiare l'uomo che la maneggia, purchè questo abbia qualche lesione della cute, che permetta l'entrata dell'infezione.

Evidentemente questo modo di trasmissione costituisce una condizione eccezionale nel quadro epidemiologico della peste, ma va tenuta presente perchè se trascurata può costituire l'inizio di epidemie, come è appunto accaduto nei casi di Napoli.

Occorre quindi a lato delle altre misure contro la peste prendere provvedimenti per ovviare anche a questo veicolo di trasmissione, e cioè:

1) Vigilanza oltre che nei piroscafi e nei porti, anche nei magazzini, molini e pastifici, dove sono destinati i cereali, per scoprire l'eventuale infezione dei topi e permettere l'uso del grano solo 14 giorni dopo la bonifica dell'ambiente.

2) Vigilanza sui cereali provenienti da località infette di peste; essi vanno sempre considerati come sospetti, anche perchè l'infezione dei topi può rimanere ignorata: la merce va quindi accompagnata da un certificato sanitario che la dichiara sospetta di infezione pestosa, in modo che, nel luogo dove essa è destinata si rivolga l'attenzione specialmente ai topi, in modo da scoprire la possibile infezione.

Durante l'accennata epidemia l'A. ha potuto altresì confermare quanto aveva precedentemente osservato, che cioè i topi, i quali hanno abituale dimora in località infette da peste, vanno soggetti ad un processo di immunizzazione. L'A. di fatto, trovò che fra i topi pestosi il *Mus decumanus*, che pure costituisce il 90 % della popolazione murina, entrava solo per il 12 %, e solo con individui giovanissimi. Inoculando poi la peste in 180 *Mus decumanus* di diversa provenienza, l'A. trovò che l'80 % dei topi provenienti da località infette era immune, mentre tutti quelli provenienti da località non infette erano ricettivi. È quindi da escludersi l'immunità naturale, ammessa da alcuni autori, mentre bisogna riconoscere in tale processo d'immunizzazione, un potente mezzo di difesa contro la diffusione della malattia.

Per quanto riguarda la profilassi poi, bisogna tener presente che il contagio viene importato dai topi e che questi, malgrado l'applicazione delle più rigorose misure finiscono sempre per passare da bordo a terra. Occorre quindi curare al massimo grado la profilassi contro i topi a terra nelle zone più esposte al contagio (porti, molini, concerie) per scoprire in tempo l'inizio della infezione.

La *diagnosi batteriologica*, agevole in linea generale, può invece offrire difficoltà in casi benigni o lievissimi, o già in via di guarigione, per la scarsezza o la minore virulenza dei germi. Quando manchi il materiale liquido nella ghiandola, l'A. consiglia di iniettare in essa 2 cmc. di soluzione fisiologica sterile e procedere, col liquido aspirato, a tutte le prove (microscopica, culturale, biologica). Può di fatto accadere, come nei casi dell'A., che la prova biologica fallisca per attenuata virulenza del germe, e riescano invece positive le colture, per le quali si devono innestare abbondantemente i diversi mezzi (brodo, agar, gelatina). Eventualmente si dovranno ripetere gli esami, poichè i casi benigni, appunto perchè talora non riconosciuti, possono costituire un centro di infezione. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Urotropina e secrezione biliare.

L'urotropina è largamente usata nella terapia delle malattie delle vie biliari, in cui agisce essenzialmente da antisettico; la sua azione sulla biligenesi, però non era ancora stata studiata.

G. Leone (*Folia medica*, 15 settembre 1922) nell'Istituto diretto dal prof. P. Marfori, ha fatto diverse esperienze su animali, procedendo anche ad analisi della bile secreta. Risulta da esse, che l'urotropina non può essere considerata come una sostanza colagoga, che sia cioè atta ad indurre aumento nella quantità di bile secreta e maggiore ricchezza di costituenti chimici; anzi per le dosi alte (50 cg. *pro die*) può venire considerata come inibitrice della biligenesi.

A piccole dosi, con leggero aumento della quantità di bile, si osserva una costante diluizione di questa (diminuzione dei principî solidi, aumento dell'acqua); si può quindi ritenere che *l'urotropina a piccole dosi è atta a rendere più fluida la bile.* *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

(1373) *La neve carbonica nel «lupus erithematodes».* — All'abb. n. 1844-(1):

A quanto pare l'uso della neve carbonica, da poco tempo sperimentata nella cura del lupus erithematodes, avrebbe dato ottimi risultati, superiori almeno a quelli ottenuti con i metodi precedenti. V. MONTESANO.

(1374) *Sulla diatermia.* — All'abb. n. 8006:

Sulla diatermia scarse le opere sintetiche e solo recenti: consulti il trattato recentissimo di BORDIER: *Diatermia e Diatermoterapia* di cui verrà recensione nei libri nuovi sulla Sez. Pratica. Può rivolgersi alla libreria Bocca. Buono per quanto non solo di diatermia è il trattato di KOWARSCHIK (*Elektrotherapie*, Berlin, Springer) di cui però esiste inoltre un ottimo e recente libro sulla diatermia (*Die Diathermie*, ed. Springer).

Prof. E. MILANI.

(1375) All'abb. n. 5050-(1) B:

Il trattato più recente di Radiologia è l'Albert Weil (ed. Baillère): anche la parte del trattato di Sergent che tratta di Radiologia (ed. Baillère).

Trattato italiano è quello del Mignacca. (Soc. Editr. libraria).

«*La Radiologia Medica*» si pubblica a Milano. Piazza Umanitaria, n. 2. M.

(1376) Al dott. G. A. Del Gos, S. Maria la Longa:

TUFFIER e DESFOSSES. *Petite chirurgie pratique.* Masson et C. Parigi.

Qualunque manuale di microscopia contiene la descrizione del microscopio e sue parti, da quello elementarissimo di ACQUA (*Il microscopio.* Manuali Hoepli), ai trattati di Carazzi e Levi (Soc. ed. libraria Milano) di Abba, ecc.

La descrizione delle singole parti potrà trovarsi anche sui cataloghi di case, che forniscono microscopi (per esempio Koristka di Milano). *fil.*

(1377) Al dott. N. A. Robilante. Abb. 8980:

MASMONTEIL. *Le traiment des fractures et luxations en clientèle.* A. Maloine. Parigi 1920.

HELFERICH. *Atlante e compendio delle fratture e lussazioni.* Soc. ed. libraria. Milano. Monografie su fratture e lussazioni esistono nei grandi trattati di chirurgia.

BUMM ed altri. *Ginecologia.* Soc. ed. libraria.

COZZOLINO. *Trattato di Pediatria.* Idelson ed. Napoli.

Non ci risulta che il trattato di COMBY ed il suo manuale sulla alimentazione infantile siano stati tradotti in italiano. *fil.*

VARIA.

La durata della vita.

La durata dell'esistenza degli esseri viventi varia secondo le specie entro limiti che non è dato precisare.

La maggiore longevità nota Forbin (*Lectures pour tous*, 1922) appartiene ai vegetali. Nelle Indie vegeta ancora una specie di fico, sotto i cui rami giganteschi riparò l'esercito di Alessandro Magno. I *baobàb*, che in un dialetto senegalese vuol dire albero millenario, hanno una vita di una durata indefinibile. Su le montagne della California si trovano ancora esemplari di una conifera, la *sequoia gigantea*, che dai calcoli fatti da botanici devono avere l'età di cinquemila anni. Il governo americano ha fatto costruire attorno a questi alberi parchi di protezione. Uno di questi giganti misura 32 metri di circonferenza e 32 di altezza, ad esso è stata assegnata un'età di dieci secoli.

Anche nel regno animale vi sono esempî di estrema longevità. Quando si osservano gli infusori, scrisse Metchnikoff, si vedono riprodurre per scissione e pullulare in poco tempo in modo straordinario. Le generazioni si succedo-

no rapidamente, senza che si verifichi un solo caso di morte; invano si cercherebbe un cadavere nella massa brulicante degli infusorî.

In effetti praticamente la morte naturale non esiste per gli infusorî: è sempre la stessa cellula che divisa all'infinito e ringiovanita dopo ogni scissione sopravvive per secoli e realizza l'immortalità. Per altro l'infusorio possiede una gran capacità a premunirsi contro la morte accidentale. Quando, ad esempio, è minacciato dalla privazione di acqua, si avvolge in una secrezione dura che protegge il minuscolo corpo. Si trasforma così in un granello di polvere che trasportato dal vento giunge presto o tardi in una pozza di acqua, in una goccia di rugiada, che per lui è un mare. Al contatto dell'umidità l'involucro si rompe, la cellula ripiglia intera la sua vitalità e riprende la sua meravigliosa riproduzione.

L'infusorio adunque non conosce la morte naturale che è privilegio degli animali superiori.

D'altra parte la morte naturale scompare a misura che si avanzi nella scala zoologica. Con il complicarsi dell'organismo questo perde nella capacità di resistere agli agenti nocivi dell'ambiente. È difficile che gli animali superiori, ed è quasi impossibile per l'uomo che la morte avvenga come fenomeno spontaneo al quale non abbiano contribuito azioni deleterie estrinseche.

Secondo il concetto di Metchnikoff la vecchiaia è un fenomeno morboso. Ed il carattere patologico della vecchiaia ha viziato il concetto della morte naturale, è quindi impossibile rendersi conto dei caratteri di quest'ultima. Si sa che alcuni organi e tessuti possono rimaner vivi dopo la morte dell'individuo: anche trenta ore dopo la morte per malattia infettiva il cuore tolto dal cadavere umano e posto in determinate condizioni, può ancora essere richiamato alla vita e contrarsi per qualche tempo. I globuli bianchi e le ciglia vibratili di un cadavere possono muoversi ancora. Non si può dire se avvenga lo stesso nei casi di vera e propria morte naturale, quando cioè tutti i tessuti e tutti gli elementi hanno contemporaneamente perduta la capacità di vivere.

Molto si è discusso su i limiti naturali della vita umana. Flourens ha preso per base la durata del periodo di crescenza: supponendo che questo periodo corrisponda ad un quinto della durata totale della vita, si potrebbe concludere che questa deve essere di circa cento anni. Il calcolo di Flourens è arbitrario: tuttavia tenuto conto che alcuni uomini vivono un secolo ed anche oltre, non è azzardato affermare che l'uomo tende a vivere cento anni e che se nella grande maggioranza o quasi totalità dei casi questa età non si raggiunge gli è perchè molte cause di origine e natura diversa fanno sì che l'uomo mai o quasi mai muoia di morte naturale.

dr.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

JORGE JOSÉ M. *Sanatorio maritimo y Solarium de Mar des Plata.* — Buenos-Aires, C. Spinelli, 1921.

AIELLO JOSEF. *Über den Einfluss der Venösen Stauung auf den Quellungs zustand der Blutkörperchen.* — Berlin, Julius Springer, 1921.

AIELLO G. *Reazioni cutanee specifiche ed aspecifiche nei tubercolosi.* — Napoli, Tip. Studium, 1922.

ID. *Ricerche sulla milza in rapporto colla malattia di Gaucher.* — Bologna, L. Cappelli, 1922.

ARBUTHNOT LANE W. *Chronic intestinal stasis.* — London, «The Practitioner», 1922.

Atti dell'Associazione romana tra i cultori della Elettrologia e della Radiologia medica. — Roma, C. Piaggesi, 1922.

BELUSCHI VINCENZO. *La sindrome d'amnesia postapoplettica.* — Napoli, Tip. dello «Studium», 1922.

DE BELLA A. e MARENGO G. *Di un nuovo micete e delle lesioni cutanee con esso in rapporto.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1922.

FABRI G. *La malaria nella questione meridionale.* — Roma, Tip Camera Deputati, 1922.

FERRI ANDREA. *A proposito del metodo più semplice per la toracentesi.* — Milano, F. Vallardi, 1922.

FIAMBERTI A. M. *Liquido cefalo-rachidiano emorragico in due casi di ematoma dello spazio subdurale.* — Pesaro, G. Federici, 1922.

FRUGONI CESARE. *Studii sull'asma bronchiale con particolare riguardo all'asma anafilattico.* — Roma, Tip. Cartiere Centrali, 1922.

GHILARDUCCI F. *Esiste un'attività biologica di tutte le radiazioni, specifica per ogni lunghezza d'onda?* — Napoli, 1922.

GILBERTI PIETRO. *Le sinusiti mascellari.* — Bergamo, Pietro Brevi, 1922.

LEONE SALVATORE. *Tracoma e profilassi visiva nella provincia di Siracusa.* — Siracusa, Stab. Tip. Del Tamburo, 1922.

LEVI ETTORE. *Organizzazione e Medicina pubblica.* — Prato, M. Martini, 1922.

MARCIANO ANGEL. *Trofoedema crónico de Meige.* — Buenos-Aires, A. Guidi Buffarini, 1921.

MILIANI A. *Di alcuni casi di appendicite erniaria.* — Bologna, L. Cappelli, 1922.

MONCALVI L. *Sui caratteri clinici della recente epidemia influenzale e sulle sue manifestazioni encefalitiche.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

MONTI GIUSEPPE. *Contributo all'autovaccinazione nelle bronchiti croniche.* — Milano, Montini & Rattazzi, 1922.

PELLEGRINI FRANCESCO. *Contributo allo studio della stomoterapia nelle affezioni grippali.* — Roma, Stab. Poligrafico Amm. Guerra, 1922.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PER LA STORIA DELLA MEDICINA.

La Presidenza della Società Italiana di Storia delle Scienze mediche e naturali ha diramato la seguente circolare:

Il II Congresso Nazionale di Storia delle Scienze Mediche e Naturali, testè chiusosi in Bologna, ha dimostrato ancora una volta, oltre l'interesse grande che subito questa disciplina desta in chi appena le si approssima, come molti siano omai i cultori appassionati di essa, che si dedicano a speciali ricerche, dalle quali deriva un ottimo materiale di studio, che — per il loro isolamento — rimane sconosciuto anzichè essere convenientemente utilizzato.

Una magnifica mostra retrospettiva di medicina e scienze naturali, preparata per la stessa occasione in Bologna, ha poi messo in piena evidenza quanti tesori siano nascosti in Italia, e la necessità, prospettata del resto in una speciale relazione al Congresso ed affermata in un ordine del giorno, di mettere in valore tale patrimonio e di gelosamente conservarlo all'Italia.

D'altra parte gli studii storico-scientifici vanno acquistando all'estero sempre importanza maggiore, ed un ampio movimento giunge dai principali Stati Europei e dall'America fino a noi, che di esso dovremmo essere stati i promotori od almeno essere oggi i più caldi fautori.

L'Italia, infatti, non fu, nel Rinascimento e dopo, solo la culla dell'arte, ma anche della scienza; ed è opera per noi strettamente patriottica e nazionale quella che per altri è solo opera scientifica e di cultura. Invece, dato il nostro troppo lungo silenzio, vediamo, pur troppo, affatto dimenticato nelle estere pubblicazioni perfino il nome dei nostri Sommi! È omai dunque nostro preciso dovere il richiamare alla luce la memoria e l'opera di questi Grandi che hanno condotto all'odierna altezza la scienza, onde altri, al solito, non ne usurpi la fama e si attribuisca onori che alla nostra Nazione spettano per merito di questi suoi figli.

La Società Italiana di Storia delle Scienze Mediche e Naturali, che ha cercato, per opera di pochi pionieri volenterosi, tener alto il nome italiano anche in questo ramo delle mediche discipline, dopo l'immane flagello che ne ha in questi anni interrotto il lento ma progressivo sviluppo, ha ora, dopo il riuscitissimo Congresso di Bologna, ripreso nuova lena. Occorre però unire tutte le forze in un solo fascio, cui ogni medico ed ogni naturalista italiano deve portare il proprio contributo, affinchè — amiamo ripeterlo — non siano disconosciuti i titoli di gloria della scienza italiana, e perchè questo movimento culturale non resti di troppo inferiore a quello degli altri paesi.

La Società di Storia della Medicina e delle Scienze Naturali, lontana per la sua natura e per i suoi fini da ogni scopo politico e religioso, è la unica che può riunire in sè i medici ed i naturalisti di tutte le branche speciali, trattandosi di materia interessante ugualmente ciascuna di esse, e non potendo esistere fra i suoi aderenti divergenze d'interessi in quanto trattasi di opera puramente ideale e di cultura.

Col prossimo anno la *Rivista* della Società, che conta 13 anni di vita, dovrà assumere maggiore importanza, e se, come tutto fa sperare, non ci mancherà l'aiuto dei colleghi, è nostro vivo desiderio ch'essa presto raggiunga l'importanza dei giornali stranieri consimili. È nostro intendimento inoltre l'iniziare ed il favorire mostre speciali, ed il far gite sociali là dove occorra portare la nostra adesione o dove possa trovarsi vantaggio per la nostra istruzione, non essendo omai più lecito ad alcun medico o ad alcuno scienziato, di trascurare questo campo e tanto meno di ignorare quanto in esso si va compiendo.

Ma per dare sviluppo a tale, sia pur modesto, programma, occorre l'aiuto morale e materiale dei colleghi, e noi fidiamo che i medici ed i naturalisti italiani a quest'opera volenterosamente vorranno concorrere per amore della loro scienza e per il decoro della loro patria.

7 ottobre 1922.

Il Presidente: DAVIDE GIORDANO.
Il Segretario: ANDREA CORSINI.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Storia delle Scienze Mediche e Naturali è così costituito:

Presidente onorario: prof. Domenico Barduzzi; Vice presid. onorario: prof. Domenico Maiocchi.

Presidente: prof. Davide Giordano (Venezia); Vice presidenti: prof. Silvestro Baglioni (Roma); prof. Giovanni Martinotti (Bologna); Segretario: prof. Andrea Corsini (Firenze); Vice segretario: dott. Ugo Viviani (Arezzo); Tesoriere: prof. G. B. Fiocco (Venezia); Bibliotecario: prof. Guglielmo Bilancioni (Roma); Consiglieri: dott. Pietro Capparoni (Roma); prof. Giovanni Carbonelli (Roma); prof. Arturo Castiglioni (Trieste); prof. Aldo Mieli (Roma).

Per essere ammessi a far parte della Società occorre farne domanda scritta al Presidente, con lettera indirizzata al Segretario: prof. Andrea Corsini, via de' Bardi, 5 - Firenze.

La tassa annua di L. 25 dà diritto a ricevere gratuitamente la *Rivista*, prender parte alle gite sociali, alle Assemblee, ecc. Ai nuovi inscritti viene rilasciato il diploma di socio.

Dovendosi fissare con la tipografia il numero delle copie della *Rivista* da tirarsi, è necessario che coloro i quali intendono entrare col nuovo anno 1923 a far parte della Società, inviino fino da ora la propria domanda di adesione.

***

A noi, che abbiamo avuto occasione di vedere, specialmente negli ultimi tempi, con quale tenacia

ed alacrità si propugni particolarmente in Francia, in Inghilterra, in America lo studio della storia della medicina e come essa costituisca un cardine anche delle Organizzazioni professionali, le quali ritengono che collo studio delle pagine più gloriose della nostra storia si contribuisca a sollevare efficacemente la dignità del ceto medico, sembra che il ridestare il culto di questi studi. sotto l'autorevole auspicio della Società It. delle Sc. Med. e Nat., debba avere un'importanza morale considerevole. Difendere le nostre glorie storiche, conoscere e conservare i nostri monumenti, ci sembra un compito al quale non può essere negato il consenso di tutti i colleghi, un dovere di solidarietà scientifica e nazionale, al quale nessun medico italiano può legittimamente sottrarsi.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

La crisi della Scuola Medica di Pavia - Milano.

Il Consiglio della Facoltà medico-chirurgica e di perfezionamento in Pavia e Milano, adunato in Milano il 26 ottobre, ha deliberato all'unanimità il seguente ordine del giorno:

«La Facoltà Medico-chirurgica e di Perfezionamento di Milano-Pavia, vista la legge 31 marzo 1921, n. 479, allo scopo di rendere più proficua l'opera che dovrà essere svolta, ai fini stabiliti dalla legge, dai professori di Milano e di Pavia, e di dirimere le interpretazioni unilaterali ed arbitrarie,

delibera

che i professori di Milano e di Pavia, incaricati di preparare i programmi dei singoli corsi di perfezionamento da approvarsi dalla Facoltà, dovranno, sempre guidati da alto ideale di collaborazione e di intesa comune, tenere conto dei mezzi di cui dispongono nei loro Istituti, sia per quel che riguarda il materiale clinico e di laboratorio, sia per quanto riguarda il personale, perchè tanto questo che quello sieno usufruiti nel modo più completo, così da elevare l'insegnamento a quell'altezza che si addice a giovani laureati desiderosi di approfondire i loro studi in una speciale branca della Medicina;

che il personale di ogni scuola di specialità verrà nominato nel seno della Facoltà e ne dovranno far parte i titolari della materia oggetto di specializzazione, i titolari delle cattedre il cui insegnamento sia ritenuto necessario complemento ed i liberi docenti, cui si creda di poter affidare parte dell'insegnamento stesso. La direzione, a norma dell'art. 15 del Regolamento di Facoltà, spetterà al professore più anziano di carriera della materia scopo della specializzazione: e qualora il titolare sia un incaricato, all'ordinario e straordinario della materia più affine».

«Poichè Milano è sede di grandi Istituti Ospitalieri, ricchi di materiale clinico sotto ogni aspetto adatto per corsi di perfezionamento, e di personale medico di alto valore scientifico pratico fornito dei requisiti legali per l'insegnamento, la Facoltà stessa, ferma nel proposito di mettere a partito tutte le migliori energie utili al fine che si prefigge, delibera pure di fare pratiche presso gli Istituti Ospitalieri affinchè le forze vive, di cui sono largamente provveduti, sieno messe a disposizione dell'insegnamento post-universitario ad integrazione dei corsi tenuti dai professori della Facoltà Pavia-Milano, e di nominare una Commissione coll'incarico di espletare le pratiche necessarie.

Dopo di ciò la Facoltà, riconosciuto che nessun dissenso programmatico esiste e che in tutti è egualmente vivo il desiderio di vedere sempre e maggiormente e più utilmente affermarsi gli Istituti di Perfezionamento, considerato che il professor Mangiagalli è stato l'ideatore ed il propulsore degli Istituti Clinici di Perfezionamento, lo prega di ritirare le dimissioni da direttore degli Istituti stessi e di conservare la sua opera illuminata e feconda per una ascensione sempre maggiore degli Istituti e per lo sviluppo dell'alta coltura».

Il preside della Facoltà, prof. Monti, ha comunicato tali ordini del giorno al sen. Mangiagalli, il quale gli ha assicurato che non insiste nelle dimissioni.

RISPOSTE A QUESITI E A DOMANDE.

(9746) *Nomina del medico condotto.* — Dott. D. D. C. da S. P. — La maggioranza assoluta è riferibile al numero dei consiglieri intervenuti alla adunanza. Qualora il bando di concorso nulla dica in proposito, i documenti si debbono esibire alla segreteria comunale.

(9747) *Nomina di medico ospedaliero.* — Dott. abbonato n. 8034. — Poichè il bando di concorso non dispone diversamente, il primo classificato ha diritto a conseguire la nomina. Qualora occorresse ricorrere, dovrà rivolgersi in primo luogo al Prefetto Presidente della Commissione provinciale di beneficenza e poi alla G. P. A.

(9748) *Ufficiale sanitario - Nomina.* — Dott. G. G. da P. — L'ufficiale sanitario attualmente in carica non può invocare la stabilità a' termini dello articolo 206 della vigente legge sanitaria perchè medico condotto. Però non può essere esonerato per passare a Lei la nomina in linea provvisoria in quanto che è cessata la facoltà conferita ai Prefetti di impartire incarichi provvisorii a liberi esercenti. Per essere nominato ufficiale sanitario occorre ora esporsi e superare analogo concorso.

(9749) *Visita alle scuole - Pagamento.* — Dott. L. M. da S. S. C. — La visita alle scuole, sia ordinaria quanto straordinaria è obbligatoria per l'ufficiale sanitario, come chiaramente appare dal contesto del Regolamento approvato con R. Decreto del 9 ottobre 1921, n. 1981. Egli ha, però. diritto a chiedere il mezzo di trasporto a carico del Comune qualora la scuola fosse distante dal centro abitato. Avendo il Comune dichiarato di non aver stanziato in bilancio la somma occor-

rente per il pagamento di lire 200 a Lei dovuto. non resta che adire la G. P. A. per la inscrizione di ufficio ai sensi dello articolo 219 della legge Comunale e Provinciale.

Medici per il Congo belga. – All'abb. n. 4947: Legga la risposta già data in questa rubrica all'abb. n. 7676 (pag. 1445 del fasc. 44).

Cronaca del movimento professionale.

Adunanza del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma.

Nella seduta del 1° novembre erano presenti GALLENGA, GUIDI, GIANNUZZI, DRAGOTTI, LUGLI, PAPAROZZI e ZEVI. Presidenza GALLENGA.

Con votazione unanime viene designato come vice-presidente il dott. prof. LUIGI GUIDI. Come segretario il dott. GIUSEPPE DRAGOTTI, e come tesoriere il prof. FRANCESCO SAVERIO PAPAROZZI.

Il prof. LUGLI presenta la sua relazione sull'opera del passato Consiglio, nella quale relazione è esposto anche il programma che egli avrebbe avuto intenzione di svolgere qualora il Consiglio da lui presieduto fosse rimasto in carica. E prega il prof. Gallenga di prenderne visione e di coordinarlo col programma che esso prof. Gallenga intenderà svolgere. A nome poi dell'ex-consigliere Lupi, che ricoprì la carica di tesoriere, presenta la relazione finanziaria della gestione tenuta.

Si esaminano quindi alcune quistioni riguardanti l'attività professionale di alcuni medici, deliberando d'iniziare procedimento disciplinare contro uno di essi e nominando relatore il prof. GUIDI.

Il dott. DRAGOTTI dà notizie circa la iniziativa per un monumento ai Medici militari caduti in guerra, ed invita il Consiglio a sottoscrivere un contributo e ad esprimere il proprio parere circa la località ove dovrà sorgere il monumento, giacchè vi è una proposta che la indicherebbe presso la Scuola Militare di Firenze, ed un'altra che la indicherebbe a Roma.

Il Consiglio aderisce alla nobile iniziativa e delibera di sottoscrivere L. 300 per il monumento. Esprime poi il voto che il monumento sorga nella Capitale d'Italia in considerazione della universalità dell'omaggio che con detto monumento si intende tributare a tutti i Medici caduti in guerra.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Riporto (vedi fasc. 49) . L. 13,293 —

(FIRENZE):

Col. Nieddu	L.	130 —
Ten. Col. Gerulli	»	112 —
Ten. Col. Rizzuti	»	110 —
Cap. Morelli	»	90 —
Cap. Murzioli	»	81 —
Ten. Col. Bonomi	»	118 —
Col. Mauri	»	130 —
Magg. Lucangeli	»	106 —
Magg. Crespellani	»	104 —
Magg. Modestini	»	109 —
Magg. Maffi	»	106 —
Magg. Urbino	»	113 —
Cap. Ferri	»	94 —
Cap. Tonietti	»	81 —
Cap. Battaglia	»	80 —
Cap. Casella	»	78 —
Cap. Witting	»	83 —
Cap. Ciaranfi	»	85 —
Cap. Annoni	»	82 —
Cap. Persano	»	92 —
Cap. Pecorario	»	89 —
Cap. Cuttica	»	93 —
Ten. Novelli	»	75 —
Ten. Gaggioli	»	69 —
Sott. Corticelli	»	63 —
Cap. Bianchini	»	109 —
Sott. Marabotti	»	68 —
Ten. Col. De Stephanis	»	124 —
Magg. Bassi	»	101 —
Magg. Vannocci	»	110 —
Magg. Migliaccio	»	93 —
Cap. Bordoni	»	85 —
Cap. Lo Surdo	»	81 —
Cap. Cerioni	»	84 —
Cap. Petrocchi	»	80 —
Magg. Maugeri	»	95 —
Magg. Foce	»	100 —
Dott. Ravazzoni	»	70 —
Dott. Drago	»	70 —
Cap. Vajola	»	80 —
Prof. Cambiaso	»	100 —

(BENGASI):

Ten. Col. Besso	L.	150 —
Cap. Cassitto	»	80 —
Cap. Budi	»	80 —
Ten. De Rosa	»	70 —
Ten. Filograna	»	70 —
Ten. Scarpa	»	70 —
Ten. Mendola	»	70 —
Cap. Chimienti	»	80 —
Cap. Rosiella	»	80 —
Cap. Patanè	»	80 —
Cap. Morino	»	80 —
Cap. Giosuè	»	80 —
Cap. Cassone	»	80 —
Ten. Sinibaldi	»	70 —
Ten. Lopresti	»	70 —

(TORINO):

Col. Marras	L.	130 —
Ten. Col. Castellani	»	150 —
Ten. Col. Franchi	»	100 —
Ten. Col. Triulzi	»	100 —
Ten. Col. Negro	»	100 —
Magg. Montanari	»	90 —
Magg. Masserano	»	90 —
Magg. Pettiti	»	90 —
Magg. Vigliani	»	90 —
Magg. Muratori	»	90 —
Magg. Sordi	»	90 —
Cap. Basso	»	80 —
Cap. Brunetti	»	80 —
Cap. Cambazzu	»	80 —
Cap. Casetta	»	80 —

Cap. Cei	»	80 —
Cap. Chiabrera	»	80 —
Cap. Colombara	»	80 —
Cap. Di Martino	»	80 —
Cap. Di Nella	»	80 —
Cap. Fagioli	»	80 —
Cap. Ganora	»	80 —
Cap. Gramegna	»	80 —
Cap. Mancini	»	80 —
Cap. Sogno	»	80 —
Cap. Talenti	»	80 —
Cap. Todero	»	80 —
Ten. De Michelis	»	65 —
Ten. Gatti	»	65 —
Ten. Oddo	»	65 —
Ten. Reviglio	»	65 —
Cap. Casoletti	»	80 —
Cap. Castelli	»	80 —
Cap. Ferrandi	»	80 —
Cap. Melotti	»	80 —
Cap. Molteni	»	80 —
Cap. Mussatti	»	80 —
Cap. Sartorio	»	80 —
Sott. Dongiovanni	»	60 —
Sott. Murero	»	60 —
Dott. Barella	»	50 —
Dott. Casale	»	25 —
Dott. Pezza	»	36 —
Dott. Prandi	»	40 —
Dott. Provera	»	50 —
Dott. Robotti	»	80 —
Dott. Tessore	»	16 —
Dott. Toselli	»	20 —
Dott. Zanchi	»	25 —
Dott. Diana	»	60 —
(ROMA):		
Cap. Manconi	L.	90 —
Ten. Trepiccioni	»	70 —
Prof. Ranelletti	»	30 —
Cap. D'Ermo	»	80 —
Sott. Salsedo	»	60 —
Sott. Sollini	»	60 —
Sott. Santacroce	»	70 —
(OFFERTE VARIE):		
Dott. Orlando (Palermo) . .	L.	25 —
Dott. Panissi (Sapio) . . .	»	10 —
Dott. Pazienza (Sansevero) .	»	15 —
Dott. Ferrari Lelli (Modena).	»	25 —
Dott. Denti (Milano) . . .	»	20 —
Dott. Rispoli (Melfi) . . .	»	20 —
Dott. Bucovic (Nettuno) . .	»	80 —
Dott. Crola (Fagnano Olona).	»	50 —
Dott. Martinelli (Sondrio) .	»	50 —
Dott. Chiappelli (Pistoia) .	»	25 —
Dott. Pernecher (Gorizia) .	»	50 —
Dott. Stefano Avetta di Cavallermaggiore (Cuneo) . .	»	10 —
Dott. Marino Martini di Montefano (Macerata) . . .	»	50 —
Prof. Pietro Sabella (Roma) .	»	100 —
Dott. Moschini Umb. (Roma)	»	25 —
TOTALE	L.	23,083

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APECCHIO (*Pesaro*). — Due cond.; scad. 31 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 1500 disag. residenza, c.-v.; L. 800 al medico del capol. per uff. san. e direzione ospedale.

BARDINETO (*Genova*). — Scad. 20 dic. L. 5000 (*sic*) più L. 500 uff. san., L. 600 (*sic*) cav., c.-v.

CAMUGNANO (*Bologna*). — Al 16 dic. Per Bargi. Ab. 2649; circa 250 pov. L. 8000, oltre L. 500 disag. res., L. 300 cav., 4 trienni e 1 quinquennio di L. 600, un c.-v., rimborso R. M. sulle prime lire 5,000, L. 400 arm. farm. Età limiti 25-40. Serv. entro 15 giorni.

CANTIANO (*Pesaro*). — A tutto il 31 dice. 1ª cond.; L. 7000 per 500 pov.; L. 3000 per 500 pov. della 2ª cond. (in linea provvis.); L. 1000 per operaz. chirurg., L. 1000 disag. resid., L. 3000 cav.; 8 trienni vents. Età lim. 40. Serv. entro 20 giorni. Chiedere annunzio.

CASERTA. *R. Prefettura.* — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

CORCIANO (*Perugia*). — A tutto il 25 dic. Iscriz. Ordine. L. 6000 e doppio c.-v. per 1000 pov., tre quinq. decimo, addizion. L. 2; se meno di 300 abbienti L. 1000 di resid. pov.; L. 1500 cavalc.; lire 200 per assicur. Assunz. serv. entro 15 g. Tariffa non super. 50 % a quella dell'Ordine. Se ritorno a condotta piena, per disposiz di legge, aumento del 15 % sullo stipendio minimo stabilito dalle autorità.

FORMIA (*Terra di Lavoro*). — Staz. climatica. Ab. 10,279. L. 6000 e quinquenni dec. Scad. ore 12 del 31 dic. Età lim. 44, salvo per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte o in Ospedali. Accettaz. entro 5 g. servizio entro 30.

LONGONE SABINO (*Perugia*). — Scad. 20 dic.; capoluogo e 3 fraz.; L. 6000 e quinquenni dec., due c.-v., L. 1000 disag. resid.; L. 100 (*sic*) uff. san.; L. 3000 cav.

MARIANO COMENSE (*Como*). — Linea ferr. Nord-Milano-Erba. Due condotte. L. 5500 elevabile dopo biennio a L. 6000; indennità bicicletta L. 700; due c.-v.; tre quinquenni; al prescelto per uff. san. L. 700. Popolazione complessiva 7037; poveri 1000. Tre anni di servizio effettivo; situazione di famiglia; specchietto classificazione. Scadenza 31 dicembre. Assunzione servizio entro 15 g.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

MONTASOLA (*Perugia*). — Al 15 dic. Consor. con Vacone. L. 6000 per 1000 pov., c.-v., L. 1000 resid. povera, L. 3000 cav., L. 100 (*sic*) uff. san., L. 300 assicur., 3 quinq. decimo. Inscriz. in un albo. Ab. 765 più 450.

MONTEGALLO (*Ascoli Piceno*). — A tutto il 15 gen. L. 6500 resid., L. 1000 fino a 1000 pov., addizion. L. 2.50; L. 500 uff. san.; c.-v.; L. 2500 cav. Ab. 3337. Età limite 40. Situaz. fam. Iscriz. albo.

MORFASSO (*Piacenza*). — A tutto il 20 dicembre; L. 6500 e 5 quadr. decimo; L. 3000 per 1000 pov.; addiz. L. 2.50; L. 3000 cav.; L. 4000 ambulat.; lire 650 uff. san.; c.-v. Trattative in corso con la Sez. Piacentina M. C. per l'ind. c.-v. cav. (L. 2000).

PIÒBBICO (*Pesaro*). — Scad. 25 dic. L. 7000 e 5 quadr. decimo, più L. 1500 disag. resid., doppio c.-v., L. 100 ogni mille abit. per uff. san.; non obbl. cav.

S. PIETRO AVELLANA (*Campobasso*). — A tutto il 31 dic. Età limite 39. Iscriz. albo. L. 3500 (*sic*) lorde e 4 quinq. decimo; doppio c.-v.

SOIANA (*Pisa*). — Scad. 15 dic. L. 6000 per 270 pov., doppio c.-v., L. 2000 trasp. senza obbl. cav.

VALENTANO (*Roma*). — Scad. 15 dic. L. 7000 per 2000 (*sic*) pov., addizion L. 1.50, L. 300 uff. san., L. 2500 servizio carcere, c.-v.

AVVERTENZA. — Prima di partecipare a qualsiasi concorso raccomandiamo di prendere visione ne «La Federazione medica» o nel «Medico Condotto» dell'elenco completo delle diffide e dei boicottaggi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il Consiglio Superiore ha il 29 novembre approvato la relazione del concorso alla cattedra di Clinica Pediatrica a Roma. I proposti, in ordine di merito, sono i proff. Caronia, Fiore, Cozzolino, Simonini, Spolverini, Cattaneo, Pincherle.

Il 30 novembre ha pure approvato la relazione del concorso alla cattedra di Fisiologia a Messina. I proposti, in ordine di merito, sono i professori Agazzotti, Rossi e Lumbroso.

Il prof. K. Laubenheimer, d'igiene e batteriologia all'Università di Heidelberg, è stato chiamato a far parte del Corpo scientifico dell'Istituto di Terapia sperimentale a Francoforte sul Meno.

NOTIZIE DIVERSE.

V Congresso Italiano di Radiologia Medica.

In conformità alla decisione presa nell'ultimo Congresso di Bologna, la Società Italiana di Radiologia, a voti unanimi, sceglieva Palermo a sede del suo V Congresso, nominando il prof. Scaduto presidente del medesimo, ed il prof. Arnone vicepresidente.

Il Congresso avverrà nell'ultima settimana del settembre 1923 (con ulteriore comunicato si preciseranno i giorni) e si svolgerà nei locali dell'Ateneo di Palermo, gentilmente concessi dal Magnifico Rettore. Nell'aula dell'Istituto di Fisica diretto dal prof. La Rosa saranno tenute le sedute.

Per la esposizione tecnico-scientifica, alla quale è già assicurata la partecipazione delle più rinomate Case italiane ed estere, saranno adibite adatte sale del palazzo universitario.

Il prof. Scaduto, coadiuvato dai radiologi di Palermo, Catania e Messina, ha iniziato la sua opera attiva e feconda per la buona riuscita del Congresso, al quale è già assicurato il concorso di numerosi radiologi d'Italia.

Il Congresso sarà inaugurato con una conferenza del sen. Corbino.

Verranno svolti i seguenti temi: 1) Pneumoradiografia, relatore prof. Gortan di Trieste; 2) Röntgenterapia delle malattie cutanee, relatore prof. Rossi di Parma; 3) Radiodiagnostica dell'apparato urinario, relatore prof. Boidi-Trotti di Torino.

Vivissima è l'attesa nella classe medica locale per questo Congresso, il 1° del genere che si tiene in Sicilia, e liete e cordiali saranno le accoglienze e le feste che si preparano agli ospiti graditi.

L' inaugurazione della Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Con largo concorso di personalità rappresentative, di Autorità della scienza sanitaria, di medici ospitalieri e liberi, si è inaugurata il 17 novembre — nella sala dell'Accademia medica al Policlinico Umberto I — la «Scuola medica ospitaliera».

Prende per primo la parola il prof. Galli, presidente dell'Associazione medici ospitalieri. Segue l'oratore ufficiale prof. R. Bastianelli, presidente della Scuola, il quale afferma che questa manterrà alto il proposito di concorrere alla istruzione di chi si avvia all'arte sanitaria. La gioventù studiosa contribuirà col proprio controllo ad incitare i maestri al proprio compito.

Il Rettore dell'Università, prof. Sanarelli, aderisce in nome della Università. Il gr. uff. Vitetti, presidente dell'Amministrazione ospitaliera, augura alla Scuola le migliori fortune. Il dott. Gallenga porta l'adesione dell'Ordine dei medici. In fine il prof. Galli ringrazia per il largo consenso dato alla iniziativa.

Corsi di insegnamento pratico per medici a Milano.

Sono stati organizzati dagli Istituti Ospitalieri di Milano; comprenderanno: Esercitazioni prati-

che (gennaio-ottobre) e Lezioni (gennaio-giugno) di Medicina Interna, Chirurgia, Specialità (neuropatologia, urologia, oftalmologia, otorinolaringologia, dermosifilopatia), Anatomia Patologica, Igiene-Tecnica Ospitaliera e Dietetica, Medicina operatoria; Corsi brevi di Tecniche diagnostiche e terapeutiche (aprile-maggio).

Per l'iscrizione alle esercitazioni pratiche, coll'obbligo di frequentare rispettivamente i corsi di lezioni, è fissata la tassa di L. 50; pei corsi brevi di L. 25; occorre la laurea italiana. Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato un attestato. Gli studenti degli ultimi anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia sono ammessi gratuitamente; è consentita la loro regolare iscrizione ai corsi brevi dietro pagamento delle quote fissate, con eventuale diritto ad attestati. Le iscrizioni sono aperte a tutto il 31 dicembre.

Per iscrizioni e programmi rivolgersi alla Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore (via Ospedale, 5).

Corso di perfezionamento in Idrologia e Terapia fisica.

È aperta l'iscrizione presso l'Università di Napoli al Corso Ufficiale di Idrologia, Elettroradiologia e Terapia fisica, il quale ha per scopo di completare in queste discipline, con intenti prevalentemente pratici, la cultura dei medici, sopratutto di quelli che debbono esercitare negli Stabilimenti termominerali e di cure fisiche.

Gli insegnamenti fondamentali vengono impartiti dal prof. Pio Marfori per la parte Idro-crenologica (Crenologia e Crenoterapia, Indicazioni e controindicazioni delle acque minerali e delle cure termominerali) e dal prof. F. P. Sgobbo per la parte Elettro-radiologica (Radiodiagnostica e Radioterapia, Elettrodiagnostica ed Elettroterapia).

Completeranno il programma l'insegnamento della Crenologia Sperimentale e della Climatologia affidato al prof. A. Chistoni e quello della Kinesiterapia e del Massaggio affidato al prof. G. Jafolla.

Per integrare l'istruzione dimostrativa si faranno visite agli Stabilimenti Termominerali e di Cure fisiche.

Il Corso avrà la durata di due mesi e sarà iniziato appena completata la iscrizione, prima delle vacanze di Pasqua. L'orario verrà stabilito in modo da permettere l'assistenza ad altri corsi. Gli inscritti saranno avvisati dell'inizio del Corso direttamente a domicilio in tempo utile.

In seguito ad esame verrà rilasciato un Diploma di abilitazione che porterà la firma del Rettore Magnifico e del Direttore del Corso di perfezionamento.

La tassa di iscrizione è di L. 300 da versarsi all'Economato della R. Università. Le domande di iscrizione al Rettore saranno inviate al Direttore del Corso, prof. Pio Marfori, S. Andrea delle Dame, 21 - Napoli.

Possono iscriversi al Corso anche i laureati in chimica e farmacia.

Corso di perfezionamento in Oto-rino-laringoiatria.

Nell'anno scolastico corrente 1922-23 avrà luogo presso la Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento in Oto-Rino-Laringoiatria per i laureati in Medicina e Chirurgia, anche di Università estere. Il corso durerà un trimestre; s'inizierà il 16 gennaio 1923. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. G. Ferreri, D. De Carli e G. Bilancioni. Alla fine del corso, quelli che lo avranno frequentato regolarmente e che avranno superato la prova d'esame, riceveranno un diploma. Domanda al Rettore non più tardi dell'11 gennaio. Tassa di L. 200,20; sopratasse di L. 74,40; per il diploma, L. 21,00.

Comitato esecutivo per il VII centenario dell'Università di Napoli.

È costituito dai proff. Ovidio e Torraca (Facoltà di lettere); Bianchi e Roncali (Facoltà di Medicina); Monticelli e Della Valle (Facoltà di Scienze); Salvioli e Margheri (Facoltà di Legge); Torelli (Facoltà di Matematica). Il Comitato ha deciso di aggregarsi studenti delle varie Facoltà ed i rappresentanti delle Federazioni Universitarie e della «Corda Fratres». Si è deciso di aprire una sottoscrizione fra i professori Universitari.

Inaugurazione degli studi all'Università di Parma.

Dopo l'esposizione del Rettore, tenne il discorso inaugurale il prof. Vinassa de Régny sul tema: Internazionalismo e scienza. Egli ebbe felici spunti contro gli orrori russi e per l'avvenire dell'Italia.

Per le industrie idrologiche e balneari italiane.

Si sono riuniti a Roma i maggiori rappresentanti delle aziende interessate alle industrie idrologiche e balneari italiane.

L'assemblea, presieduta dall'on. Lanfranconi, ha approvato la relazione del gr. uff. Rebucci, presidente della Federazione, il quale, ricordata l'opera della Federazione stessa, coronata da successo, per un più razionale trattamento fiscale relativo all'esercizio delle industrie suddette, ha tracciato il programma della prossima azione intesa alla valorizzazione pratica del vario e ricco patrimonio idro-minerale italiano e delle industrie ad esso inerenti, traendo i migliori auspicii dal fattivo programma di azione del nuovo governo.

Sono state ampiamente trattate tutte le questioni concernenti le industrie idrologiche balneari, anche nei riguardi del loro finanziamento.

L'assemblea ha dato incarico ad una commissione di tecnici di prospettare al governo i voti di tutte le industrie interessate per quelle soluzioni che possono contribuire alla loro maggiore efficienza nello interesse economico ed igienico nazionale.

Erano presenti l'on. Bussi per il gruppo medico parlamentare, il prof. V. Ascoli, direttore della clinica medica di Roma, il prof. Gasperini, direttore dell'Ufficio d'Igiene del Comune di Firenze, il

comm. Biadene, segretario generale della Federazione della Stampa. Era rappresentato il Comitato centrale permanente per le industrie sanitarie italiane.

Per le onoranze al sen. Foà.

Un Comitato composto dei proff. Augusto Bonome, dell'Università di Padova; Antonio Cesaris-Demel, dell'Università di Pisa; Aldo Fabbris, dell'Università di Genova; Ferruccio Vanzetti, dell'Università di Cagliari, aderendo al desiderio manifestato da Colleghi ed ammiratori del sen. prof. Pio Foà ed incoraggiato dalle offerte finora pervenutegli, ha tracciato il programma delle onoranze da tributarsi all'insigne scienziato:

Erezione di un busto nell'Aula dove il Maestro ha per tanti anni insegnato. Leonardo Bistolfi, amico carissimo del Maestro, ha generosamente offerto l'opera sua;

Coniazione di una medaglia-ricordo;

Fondazione di una borsa di studio o di un premio da intitolarsi al nome del Maestro.

A tutti i sottoscrittori sarà fatto conoscere a suo tempo il giorno e l'ora delle onoranze, così che possano colla loro presenza renderle più solenni e degne.

Per poter provvedere definitivamente al presente programma e fissare i termini circa l'entità della borsa di studio, si rivolge viva preghiera di inviare con cortese sollecitudine l'adesione e la quota, al Segretario del Comitato dott. prof. Carlo Gamna, via Pietro Giuria, n. 15 - Torino.

Commemorazione del dott. Fabbri.

Il 26 novembre nella Sala del Collegio degli Ingegneri di Roma è stato commemorato il dott. Guglielmo Fabbri.

Gli intervenuti erano numerosi e tra essi il direttore generale delle Ferrovie dello Stato ing. Alzona, il vice-direttore ing. Alessandri, il Rettore dell'Università sen. Sanarelli, il prof. R. Bastianelli, l'ing. Masotti, l'ing. Pietri, l'ing. Viglione, il presidente dell'Ordine dei Medici di Roma prof. Gallenga, i dottori Baldi, Martirano, Pedrazzoli, Teppati, Arcangeli, Cecchetelli, Villa, Tomassi, ecc., ed una rappresentanza di ciechi di guerra. Assistevano le gentili figliuole del Commemorato. Hanno aderito, scusando la loro assenza, il prof. A. Murri, il prof. V. Ascoli, il sen. Riccardo Bianchi.

Ha aperta l'adunanza il presidente del Collegio degli Ingegneri comm. Lanino, che ha delineata la figura del Fabbri quale medico e quale sociologo ed ha espresso l'augurio che la massima diffusione sia data al suo lavoro sulla malaria e sul problema meridionale, che costituisce il testamento civile e scientifico dell'esimio scomparso.

Il prof. Grassi ha rilevato i grandi meriti del Fabbri nella lotta contro la malaria. Il Fabbri, superando difficoltà e diffidenze di ogni sorta, riuscì a fare applicare su larga scala nelle Ferrovie le protezioni meccaniche contro le zanzare, il che rese possibile la vita ai ferrovieri sul luogo del lavoro, con gran vantaggio della loro salute e degli interessi dell'azienda.

Il felice risultato di un esperimento tentato su così vasta scala deve essere senz'altro generalizzato, se si vuole veramente redimere l'Italia dalla malaria. E gli italiani devono essere grati al Fabbri di avere indicata la via sicura per la soluzione di un così tormentoso problema.

Il dott. Masi ha illustrato l'attività del dottor Fabbri come organizzatore e Capo del Servizio Sanitario delle Ferrovie.

Il prof. Silvagni, come presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, ha portato il commosso tributo di gratitudine e di affetto dei sanitarii italiani, che il dott. Fabbri trattò sempre con squisito sentimento di collegialità. Ricordò le benemerenze dell'estinto come cittadino, come scienziato, come amministratore. Con alata perorazione dimostrò come il dott. Fabbri fu un puro Cavaliere dell'ideale e della fede umana, ed a questo ideale e questa fede sacrificò tutto sè stesso.

L'on. Brunelli, con commossa parola, constatò come l'opera benefica del dott. Fabbri, dimenticata e negletta, sia oggi da tutti indistintamente riconosciuta ed apprezzata.

Infine il grande invalido Beccastrini ha pôrto il saluto affettuoso e riconoscente dei ciechi di guerra, alla cui assistenza il dott. Fabbri dedicò gli ultimi anni della sua vita.

In memoria del prof. Grocco.

Ad Albonese Lomellina fu solennemente commemorato il sommo clinico della Scuola di Firenze, sen. prof. Pietro Grocco, inaugurando nella sala consigliare un medaglione e sulla pubblica piazza un monumento, artistica opera dello scultore Sandini di Firenze. Presenziarono le due cerimonie l'on. Bergamasco, il sottoprefetto cav. Bellezzi e molte autorità. Parlarono in Municipio il colonnello cav. Desio, commissario prefettizio; in piazza il comm. dott. Pezza, il prof. Ferdinando Battistini di Torino, il comm. Marchisio di Novara, il prof. Caccia pel Comune di Firenze, il cav. Bosco e per la famiglia il Sindaco di Torino comm. prof. Riccardo Cattaneo, tutti ricordando con commossa parola la nobile opera scientifica e civile del Grocco.

La casa dello Studente a Torino.

Il 24 ottobre presso il Politecnico di Torino si adunò la Commissione di finanza della «Casa del goliardo». Presiedeva il Rettore della Università. sen. Brondi. Il dott. Allievo, presidente del Comitato, informò che venne data partecipazione dell'iniziativa a tutti i Comuni del Piemonte e già molti risposero aderendo con simpatia al progetto, con riserva di stanziare adeguati contributi finanziari.

Annuario ufficiale del Ministero della Pubblica Istruzione per il 1922.

È stato pubblicato l'*Annuario Ufficiale* del Ministero per il 1922. Il prezzo dell'*Annuario* è di L. 35. Le richieste, accompagnate dal relativo im-

porto, al quale debbono aggiungersi le spese di posta (L. 5 per ogni copia), debbono essere rivolte direttamente alla Tipografia Operaia Romana Cooperativa in Roma (13), via Porta Cavalleggeri, 7-A.

Misure contro l'alcoolismo in Bulgaria.

Una legge contro l'alcoolismo è stata presentata alla Sobrajna; essa dispone che: 1) Tutte le scuole pubbliche e private devono includere, nel loro programma, notizie riguardanti gli effetti deleterii dell'alcoolismo; 2) Studenti, soldati e persone al di sotto di venti anni non possono entrare nelle cantine, nei bars e altri luoghi pubblici dove si vendono bevande alcooliche; 3) Questi luoghi si devono chiudere alle 5 pom. della domenica e degli altri giorni festivi; 4) Nei paesi il numero delle osterie non deve essere superiore a una ogni mille abitanti; nelle città a una ogni duemila abitanti; 5) La tassa sulle bevande alcooliche viene elevata del mille per cento.

Sanitari vittime di passaggi a livello ferroviari.

«L'Avvenire Sanitario» dà notizia di parecchi sanitarii rimasti vittime di passi a livello incustoditi sulle linee ferroviarie. Una di queste disgrazie costò la vita ai dottori Cornelli e Trovati presso Pavia. Il dott. Cervio è rimasto investito, mentre transitava con la signora, in motocicletta, la linea Colico-Chiavenna presso Dubino: egli riportò gravissime ferite mentre la signora rimaneva orribilmente sfracellata. Il dott. Angelari, direttore del Pubblico Macello di Tortona, mentre viaggiava in vettura per visite, venne investito e travolto, rimanendo ferito gravemente. Si debbono lamentare anche altri investimenti del genere, occorsi a sanitarii.

Vittime dei Raggi X.

Nell'Illinois il dott. Hebert Robarts, uno dei pionieri della radiologia in America, è morto vittima dei raggi X. Era stato presidente della Società Americana di radiologia e aveva fondato l'*American Röntgen-Ray Journal*.

Elargizione.

In occasione delle nozze della figlia, l'on. prof. Pietro Castellino ha elargito oltre centomila lire a varî Istituti di beneficenza, fra cui 10 mila alla Cassa di Previdenza per i medici, in formazione.

Concorso andato deserto.

È andato completamente deserto il posto bandito dal Ministero della Guerra per tenenti veterinarii.

Una truffa a danno degli Abbonati

viene compiuta da individui che si qualificano come agenti dell'Amministrazione, delegati a riscuotere le quote d'abbonamento. La truffa viene denunziata dall'Amministrazione sulla copertina di questo fascicolo, in un annunzio che non mancherà di richiamare l'attenzione dei lettori.

In età di 49 anni si è spento in Empoli il dott. EDOARDO AMEDEO FONTANA.

Laureatosi all'Università di Siena, prima di accingersi all'esercizio della professione volle formarsi una più salda preparazione frequentando nel R. Istituto degli Studi Superiori di Firenze numerosi corsi di perfezionamento.

Fu medico apprezzato e amato; il tributo di affetto portato alla cara salma è stato oltre ogni dire commovente: chiusi in segno di lutto gli opificii, vollero tutti partecipare agli imponenti funerali.

Fu modesto, buono e generoso quanto valente, dotto e stimato: l'esercizio professionale inteso come un apostolato di bene: cittadino integerrimo, sposo e padre esemplare, per la grande bontà e per la purezza dello spirito non conobbe invidie nè rancori: fu amico e collega leale e sincero, animato dal più grande altruismo.

M. A.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 26 ag. — HATZIEGANN. Importanza dell'esame citologico del succo duodenale.

Folia Medica, 30 ag. — L. CHIMISSO. Tumefazione unilaterale della tiroide, della mammella e del testicolo in nevrosi traumatica di guerra. — S. FICHERA e P. AIELLO. Azione distrofizzante delle tossine tubercolari e sifilitiche.

Giorn. di Clin. Med., 30 ag. — W. KOLLE e H. SCHLOSSBERGER. Esperimenti di chemoterapia nella tubercolosi. — U. GABBI. Tumore cerebrale della base (gangli centrali di sinistra?).

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 27 ag. — A. DAVID. Pachipleuriti e versamenti cronici della pleura.

Rif. Med., 28 ag. — E. PUXEDDU. Il plasma nella velocità di sedimentazione degli eritrociti. — A. PAIS. Radio-eccitamento nella tubercolosi polmonare. — H. KOENIGSFELD. Ereditarietà, costituzione e tubercolosi.

Deutsche Med. Wochens., 25 ag. — C FROBOESE. Sull'etiologia dell'arteriosclerosi. — M. FRAENKEL. Eccitamento cellulare da raggi Roentgen.

Presse Méd, 30 ag. — NOBÉCOURT e H. JANET. Il metabolismo basale nei ritardi di sviluppo. — W. NIMER. Le anomalie del duodeno. — S. DRAGANESCO e A. LISSIEVICI-DRAGANESCO. Permeabilità e potere assorbente delle superfici articolari allo stato patologico.

Riforma Med., 4 sett. — G. GIANTURCO, A. DELLA CIOPPA. Frequenza delle lesioni dell'orecchio, naso e gola nei bambini predisposti alla tubersolosi.

Giorn. d. Med. Milit., 1º sett. — CAVINA. L'impiego del «bipp» in chirurgia ed in particolare nella cura delle fistole ossee croniche.

Münch. Mediz. Wochens., 1º sett. — A. WETZEL. L'asthenia universalis congenita di Stiller nel-

l'infanzia. — R. ASCH e F. WOLFF. Diagnosi e trattamento della blenorragia muliebre.

Gaz. d. Hôp., 2 sett. — J. FROMENT. Le sindromi ipofisarie.

Paris Méd., 2 sett. — Numero di oftalmologia, oto-rino-laringologia e stomatologia.

Journ. d. Praticiens, 2 sett. — N. FIESSINGER. Le false appendiciti.

The Lancet, 2 sett. — W. H. WYNN. Trattamento della broncopolmonite acuta pneumonica e influenzale. — C. CHISHOLM. Distrofie infantili.

Practitioner, sett. — L. J. LLEWELLYN. Trabocchetti diagnostici nell'artrite. — A. W. BOURNE. Albuminuria e gravidanza.

Edinb. Med. Journ., sett. — W. A. COCHRANE. Insufficienze della mano e del polso.

Journ. d. Sc. Méd. de Lille, 3 sett. — M. POISSONNIER. Come diagnosticare un male di Pott.

Münch. Mediz. Wochens., 8 settembre. — O. HESS. Il problema dell'adrenalina. — F. MOCK. Terapia delle affezioni luetiche dell'aorta.

Studium, 20 agosto. — A. CARDARELLI. Ipersplenomegalia malarica. — E. COPPA. Condizioni igienico-sanitarie della lavorazione del corallo e affini.

Boston Med. a. Surg. Journal, 24 agosto. — M. G. STURGIS. Frattura non riconosciuta della spina dorsale.

Liguria Med., 15 luglio. — G. BIANCHI. Diagnosi radiologica dell'aneurisma del cuore.

Prensa Méd. Argentina, 10 agosto. — A. BACHMANN. Razze nuove de bacilli paratifici.

Igiene Moderna, luglio. — F. PULGHER. Per identificare i bacilli pestosi.

Journal Amer. Med. Assoc., 26 agosto. — J. T. CASE. Il nuovo trattamento con raggi X a onde brevi. — A. L. BARACH. L'uso terapeutico dell'ossigeno.

Rassegna di Studi Sessuali, 4. — A. ROMAGNA MANORA. Neurastenia sessuale ed educazione.

La Diagnosi, V-VI. — R. SILVESTRINI. Un caso di tubercolo della regione delle quadrigemine.

Le Scalpel, 16 settembre. — E. PAPIN, BEYER. L'atrofia della prostata.

Riforma Med., 18 settembre. — P. E. LIVIERATO L'apparato respiratorio nella tubercolosi. — G. RAZZABONI. Volvolo subtotale del tenue.

Journal Amer. Medic. Assoc., 2 settembre. — H. W. SOPER. Prove fisiologiche in gastro-enterologia. — H. E. MOCK. I cosidetti spostamenti traumatici dell'utero.

Mediz. Klinik, 17 settembre. — H. CURSCHMANN. Trattamento salvarsanico della gangrena polmonare. — P. UHLENHUTH. Risultati dello studio sperimentale della sifilide. — H. ZIMMERMANN. Il problema delle cause in biologia.

Presse Méd., 16 settembre. — A. GIGON. I bisogni calorifici ed energetici dell'uomo.

Gaz. d. Hôp., 12 e 14 settembre. — R. BENON. Iperalgia, ipertimia, delirio.

ARCHIVI.

Annales de Méd., agosto. — M. LABBÉ. Studio fisiopatologico della gotta. — E. LEURET, G. AUMONT e P. DELMAS-MARSALET. Nuovi dati sul pneumotorace artificiale.

Archivio di Patol. e Clin. Medica, agosto. — N. PENDE. Sull'anemia perniciosa splenomegalica. — V. FICI. Potere agglutinante del siero di tubercolotici verso il micrococco di Bruce. — R. CAVALIERI. Gruppi sanguigni. — D. CESA-BIANCHI. Terapia specifica della sifilide viscerale.

Journal Nerv. a. Ment. Disease, settembre. — A. HRDLICKA. Antropologia e pazzia. — N. D. C. LEWIS. Megacolon congenito con disordini mentali ed emorragia cerebellare terminale.

Journal of Metabolic Research, maggio. — H. V. ATKINSON. La trasformazione delle proteine in grassi e dei grassi in idrocarbonati nel corpo. — L. S. FULLER. Influenza dell'alcool sulla glicosuria diabetica e sulla glicemia.

Indice alfabetico per materie.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

ANNO XXIX Roma, 18 Dicembre 1922 Fasc. 51 (Fine)

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI - - FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: Prof. VITTORIO ASCOLI

Per il 1923.

Ai Medici Italiani,

Il "POLICLINICO" è stato finora accompagnato dalla fiducia e dalla simpatia dei medici italiani, che ne hanno favorito il continuo progressivo moto ascensionale, Il successo, se ci ha lusingati e ci riempie l'animo di gratitudine verso i Colleghi che sommano ormai a più che metà di tutti i medici italiani, non ci ha arrestati nel ricercare di continuo ogni mezzo, ogni via di perfezionamento.

Non le vaghe innovazioni formali ci hanno sedotto, ma ci ha stretti sempre più, affinandosi il senso di responsabilità con il crescere dell'esperienza, la cura assidua. e scrupolosa nello svolgimento del nostro programma: indipendenza da ogni scuola, serenità e severità nella selezione dei lavori originali e delle riviste, passione viva per la tutela dei diritti e degli interessi della classe medica.

Se per comune consenso la nostra **Sezione pratica settimanale** *rispecchia e soddisfa le giuste esigenze del medico pratico italiano, costituendo da sola per lui un giornale completo, noi riteniamo che più e meglio devono essere apprezzate le due Sezioni mensili,* **medica** *e* **chirurgica**, *destinate alle memorie originali scientifico-cliniche. Esse sono il degno complemento della* **Sezione pratica** *per quei medici che siano già orientati più verso l'una che l'altra delle branche mediche e in grado quindi di approfondirne i problemi e di conquistare più fine e sicuro discernimento clinico.*

In quest'anno ciascuna delle due Sezioni s'è quasi raddoppiata per il numero di pagine rispetto agli anni passati, e ha potuto per conseguenza accogliere le memorie più importanti senza preoccupazione di spazio.

Invero il rigoglio degli studi medici tra noi ci ha permesso di offrire memorie di alta originalità e di singolare valore, così che molti numeri racchiudono vere e proprie monografie. Non pochi dei fascicoli mensili si sono chiusi con riviste sintetiche o con notizie bibliografiche di carattere elevato.

Riguardando adunque il frutto del nostro lavoro conformato a quell'indirizzo di serietà clinica e di probità professionale che ci ha conquistato la fiducia generale, non sentiamo, allo spuntare di questo nostro XXX anno di vita, di dover tracciare programmi nuovi, nè lanciare promesse mirifiche, ma soltanto vogliamo assicurare i nostri abbonati - ormai amici sicuri - che, come per il passato, noi ne sosterremo i bisogni, gli interessi, la coltura, mirando sempre in alto per dare agli italiani salda coscienza del loro valore, per diffondere all'estero la stima e l'onore della medicina italiana.

LA REDAZIONE.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. G. GAGLIO.

Sostanze di azione vitaminica incompleta (*)

Dott. MASSIMO PANTALEONI, assistente.

L'argomento delle vitamine appare inesauribile poichè ogni nuovo esperimento che tenda ad individuarle o a catalogarle ci fa vedere quanto esse siano proteiformi nell'aspetto chimico e nelle azioni fisiologiche.

Le sostanze antineuritiche come la crusca di riso ed il lievito di birra compensano completamente nei colombi la dieta di riso brillato. La loro azione si esplica tanto se somministrate ai colombi insieme con il riso brillato quanto se si ricorre ad esse allorchè compaiono i primi sintomi di polineurite.

Ma vi sono sostanze che sono capaci di spiegare un'azione curativa nella polineurite in una maniera incompleta, facendo scomparire solamente alcuni sintomi della malattia. Tale mi si è dimostrata la segale cornuta che somministrata in pezzettini alle prime manifestazioni polineuritiche veniva dai colombi beccata spontaneamente mentre occorreva già imbeccarli per il riso. La secondo volta fu somministrata la segale cornuta appena iniziatasi la dieta orizanica e si osservò che impedì il ristagno del riso nel gozzo, non fece comparire il vomito, attenuò la diarrea e prolungò la vita degli animali fino al trentesimo giorno.

Anche sostanze di composizione chimica molto semplice hanno queste azioni vitaminiche incomplete: molto efficace è in questo senso l'iniezione di pochi centigrammi di ammoniaca nei muscoli pettorali dei colombi.

Il dott. G. Russo, dell'Istituto del professor Chiapparelli, che per primo annunciò l'azione vitaminica dell'ammoniaca, la credette come efficace in senso definitivo nelle polineuriti dei colombi; ma controllando questo esperimento ebbi occasione di rilevare che l'azione vitaminica era completa e consisteva nel fare scomparire o attenuare qualche sintomo della malattia prolungando la vita dell'animale oltre quei termini che i controlli ci indicano estremo limite di resistenza nei casi acuti di polineurite. L'introduzione per via sottocutanea di centigrammi uno o due di ammoniaca sciolti in cc. di acqua produceva delle ecchimosi rilevanti e all'autopsia si constatò macerazione locale delle fibre muscolari e versamenti siero-ematici.

Il carbonato di ammonio non si mostrò efficace nè a scopo preventivo nè a scopo curativo. Questo sale fu somministrato in soluzione acquosa al 5 % e se ne diedero 0.10 gr. *pro die*. I colombi vennero a morte tra il giorno 18° e 20° perdendo il 15 % del loro peso. Inattiva risultò anche l'urea (Di Mattei). L'ordenina (paraonifeniletildimetalammina, l'alcaloide estratto dal Léger dall'orzo germogliato) fu somministrato come solfato di ordenina alla dose di 10 ctg. al giorno insieme con la dieta orizanica; ma non mostrò alcuna azione vitaminica ed il lotto dei colombi venne a morte tra il 18° e il 19° giorno di esperimento nè giovò aumentare la dose.

***

I semi di erba medica, di quella pianta che è tanto diffusa come foraggio non si sono mostrati attivi, ma se questi sono fatti germoglia-

(*) Comunicazione fatta all'Accademia medica di Roma il 25 luglio 1922.

re per 48 ore, quanto basta perchè essi emettano una piccola radice di un centimetro e se ne somministrano 3 grammi *pro die*, i colombi trovano l'integrazione completa della loro alimentazione e beccano con avidità la razione di riso brillato. Ci furono oscillazioni nel peso. Dapprincipio diminuzione che raggiunse i quaranta grammi di perdita, poi una stabilizzazione, ed infine, una ascensione che raggiunse il peso di prima.

Abbiamo dunque l'esempio di semi che non hanno affatto azione vitaminica, ma che l'acquistano in grado notevole in seguito alla germogliazione.

***

La diversità dei sintomi nelle avitaminosi ha fatto pensare di non trovarci più dinnanzi a delle entità patologiche già ben catalogate e descritte nei trattati di patologia ma bensì a delle sindromi morbose che vengono influenzate più o meno o fatte scomparire dalle sostanze contenenti vitamine.

Certo sostanze del tipo della segale cornuta sono importanti perchè dimostrano come la polineurite dei colombi sia una risultante di alterazioni morbose diverse, alcune delle quali possono avere dalla segale completamente rimosse mentre altre rimangono inalterate. Su questo concetto è bene intendersi: allorchè vogliamo parlare di sostanze di azione vitaminica incompleta noi non vogliamo dire che queste vitamine siano in quantità minore di quella contenuta nelle sostanze molto vitaminiche, ma bensì che esse agiscono in una maniera parziale su singoli sintomi.

Le mie esperienze dimostrano che le sostanze di azione vitaminica sono diversissime. Noi dobbiamo ammettere che negli alimenti esistono parecchie sostanze, l'azione complessiva delle quali s'indica come vitaminica. Queste sostanze rappresentano degli stimoli della funzione degli organi e del ricambio materiale.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI GROSSETO
diretta dal dott. prof. ORESTE CIGNOZZI.

Su di un cavernoma muscolare doloroso a sede rara.

Dott. LUIGI CEVARIO, chirurgo-aiuto.

STORIA CLINICA. *Anamnesi.* — Dondini Eviralina di anni 28 da Samprugnano, contadina; nulla di notevole nel gentilizio; non ha sofferto malattie degne di nota; si sposò a 24 anni con un uomo robusto, ne ebbe due figli viventi e sani. Da due anni soffre di dolori lombari nettamente limitati alla parte destra; questi dolori erano sin dal principio irradianti, sordi, più spiccati dopo le fatiche; in questi ultimi tre mesi si sono fatti più fissi e più acuti dando un senso di tensione che fa soffrire assai l'a.; non ebbe mai febbre, le urine furono sempre limpide, non si accorse di essere dimagrata, le funzioni mestruali si mantennero del tutto regolari; fece numerose cure mediche ed anche empiriche non ricavandone alcun risultato; facendosi i suoi dolori vieppiù gravi si presenta il giorno 15 novembre 1921 in questo ospedale ove venne ricoverata.

Esame obbiettivo. — Donna di aspetto robusto, ben conformata e ben nutrita; non presenta nulla di notevole all'esame dei varî organi ed apparati; esaminando le regioni lombari dell'a. mentre questa sta seduta si nota su quella di destra una bozza della larghezza di circa un palmo di mano; questa bozza è limitata in alto da una linea orizzontale che trasversalmente passa sulla 12ª vertebra dorsale ed in basso sulla 4ª lombare; medialmente detta bozza arriva fino a due centimetri dalla linea vertebrale, lateralmente si estende da questa linea per circa dodici centimetri; i suoi margini non sono ben delimitati ma degradano dolcemente sui tessuti circostanti; gli atti respiratori non modificano affatto la tumefazione; la cute che lo ricopre è del tutto normale; colla palpazione si nota su detta tumefazione un senso di pastosità elastica; il senso di fluttuazione è indeciso; palpando con una certa energia la bozza in parola si nota un fatto assai notevole; la tumefazione facendo manovre di compressione si riduce gradatamente notevolmente di volume per riprendere il suo volume primitivo appena la pressione cessa. Facendo piegare in avanti l'a. il senso di pastosità (che nettamente si percepiva a muscoli poco tesi) scompare, diminuisce pure assai in questa posizione la tumefazione in toto.

Esaminando l'a. in decubito dorsale la palpazione bimanuale mostra un lieve aumento delle masse lombari; la tumefazione ed il senso di pastosità però in questa posizione scompaiono. Nulla al rene ed alla palpazione profonda dell'addome; facendo mettere l'a. sul fianco destro in modo che il tronco assuma una posizione arcuata, la tumefazione si fa più spiccata nella sua forma già descritta; l'incerto senso di fluttuazione sembra aumentare in questa posizione.

Le varie pratiche palpatorie procurano all'a. un senso di dolore limitato nettamente alla superficie della protuberanza. Praticato l'esame delle urine non si trovò nulla di notevole. Cutireazione T. B. C. negativa tanto la regionale che la distale. R. W. negativa. Esame del sangue: eritrociti e leucociti normali come numero, qualità e proporzione. Praticata con un sottile trequarti (stando l'a. seduta) una puntura esplorativa nel centro della tumefazione, si estrae dalla profondità di circa 4 cm., sangue venoso che esaminato microscopicamente (previa colorazione col Giemsa-May-Grünwald) dimostra contenere un numero assai notevole di leucociti in prevalenza granulociti neutrofili (circa 45,000 per cm^3).

Diagnosi clinica. — Tumore angiomatoso sottoaponeurotico della massa sacro lombare di destra.

Operazione (19-XI-1921) (prof. Cignozzi). — Narcosi cloroformica previa iniezione di una fiala di M. A. S. S. Zambeletti. Sterilizzazione del campo con alcool acetico. Stando l'a. sul fianco sinistro si pratica sulla cute della regione lombare d. un taglio semilunare colla concavità rivolta verso la colonna vertebrale e cogli estremi sulla medesima in modo da abbracciare tutta la circonferenza esterna della tumefazione. Incidendo l'aponeurosi dorsolombare si nota fare sporgenza su di essa attraverso ad alcune smagliature del suo tessuto qualche grosso vaso ectasico, a pareti sottili, mentre già attraverso l'aponeurosi ancora non incisa si disegnava per trasparenza per il suo colorito bluastro una massa pastosa, scura che appena incisa la fascia fà subito ernia mostrando un evidente aspetto angiomatoso. Questa massa, lassamente aderente alla aponeurosi è circondata da un tessuto fibro-adiposo da cui si scolla facilmente, ha pure rapporti lassi col sottostante muscolo. La si isola delicatamente ponendo alcune pinze emostatiche su alcuni vasi profondi da cui evidentemente era irrorata. Emostasi. Si dànno alcuni punti di ravvicinamento alle labbra della breccia aponeurotica; nella regione occupata dal tumore si mette un piccolo drenaggio che fuoresce all'estremo inferiore della ferita cutanea. Sutura della cute in seta. Medicazione compressiva. In seconda giornata si toglie il drenaggio; in nona i punti cutanei; decorso post'operatorio normale; l'a. in 13ª giornata esce completamente guarita.

Esame macroscopico del pezzo. — Il tumore asportato ha forma appiattita, regolarmente circolare, con diametro di circa 5 cm. di colore vinoso, di consistenza molle, dimostra di contenere una certa quantità di sangue venoso. È costituito da una ricca rete di vasi di vario calibro; questi vasi sono gibbosi e tortuosi, assai fragili, onde facilmente si rompono dando fuoruscita di sangue scuro. Dopo fissazione in formolo al 10% per alcuni giorni, si taglia il tumore in vari sensi; ovunque si nota la stessa struttura angiomatosa.

Esame microscopico. — Alcuni pezzi del tumore appartenenti a diverse porzioni di esso vengono incluse in paraffina. Le sezioni ottenute vengono colorate coll'Ematossilina Delafield ed Eosina, con Ematossilina Weighert e soluzione di van Gieson. Per la ricerca delle fibre elastiche si usò il metodo di Weighert, per la messa in evidenza del reticolo precollagene il metodo di Bielschowky-Levi. Esaminando le varie sezioni a piccolo ingrandimento (obb: 2 - oc: 4 Kor.) si vede essere il tumore costituito da una serie di cavità ripiene di sangue, alle volte comunicanti fra di loro; queste cavità sono ovunque circondate da un connettivo lasso che non presenta nulla di particolare tranne che una ricca vascolarizzazione da parte di numerosi vasi di differente calibro; già a piccolo ingrandimento è facile notare il



seguente fenomeno; i vasi di calibro minore non presentano per lo più nulla di notevole a carico delle loro tuniche; man mano che si passa all'osservazione di vasi di calibro maggiore è facile notare in essi evidenti alterazioni; la loro ordinaria regolare forma circolare viene perduta onde il loro contorno spesso si presenta irregolare e di forma differente; la tunica muscolare si mostra di già nei vasi di medio calibro assai ispessita; nei grossi vasi assume poi addirittura vistose proporzioni; questi vasi si presentano allora per lo più come vaste cavità ripiene di sangue, tappezzate all'interno da un esile strato endoteliale, il tutto circondato da uno spesso alone di elementi muscolari lisci ad irregolare disposizione, senza strati basali o limitanti; lo strato muscolare così ipertrofico manda spesso nel circostante connettivo gettoni cellulari di elementi eguali a quelli che circondano il vaso da cui dipartono. Da questi grossi vasi atipici si passa gradatamente alla struttura delle vaste lacune cavernose per un processo di degenerazione degli elementi musco-

lari; è facile notare esempi indiscutibili del fenomeno; laddove due vasi di grosso calibro sono adiacenti (ed il fatto è assai frequente in tutta la compagine del tumore) è facile notare come lo strato muscolare dell'un vaso sovente si confonda con quello del vicino; esaminando quivi la struttura dell'elemento muscolare ad un più forte ingrandimento, si notano a suo carico evidenti lesioni degenerative che arrivano sino alla sua completa distruzione in una massa amorfa fra i cui strati si fanno strada gli elementi del sangue contenuti entro il lume vasale, stabilendosi così una comunicazione fra i due vasi atipici.

È facile assistere così a tutto un ciclo di formazione delle grosse lacune ematiche che nella loro struttura sono assai differenti dai vasi da cui originano; se noi ne esaminiamo infatti una delle maggiori si nota essere costituito dall'esterno all'interno da un irregolare strato di elementi muscolari lisci atipici, contornato senza limiti netti da un connettivo a larghe maglie; verso la parte centrale della cavità lo strato muscolare non ha limiti netti, ma i suoi elementi appaiono in preda a processi degenerativi tanto più gravi quanto più si progredisce verso l'interno, mentre essi sono di pari passo invasi dagli elementi del sangue, fra cui sono numerosi gli elementi bianchi, che circolano quivi liberamente fra le maglie di cotesti residui cellulari ormai amorfi; è solo al centro della lacuna che è possibile qualche volta notare la presenza di segni indubbi di libera circolazione ematica. Esaminando numerose sezioni appartenenti ai punti più differenti del tumore non è possibile notare segni di una vera e propria neoformazione vasale a tipo tumorale. Fatto assai rilevante che pure si nota a forte ingrandimento è la frequente emigrazione dalla corrente sanguigna dell'interno del vaso, attraverso le fibre muscolari più o meno degenerate, di leucociti (mononucleati e polinucleati) verso gli elementi muscolari più esterni che in alcuni punti ne risultano come infiltrati ed anche addirittura nel connettivo di sostegno. Gli elementi muscolari esaminati a forte ingrandimento laddove sono meglio conservati appaiono di aspetto fusiforme, corti, con nucleo intensamente colorabile di forma varia ma per lo più allungata e sinuosa; il loro protoplasma debolmente acidofilo perde nelle zone ove si iniziano i fatti degenerativi, i suoi contorni onde sempre più difficilmente si distinguono i vari elementi dal circostante connettivo. Le sezioni colorate col metodo di Weighert dimostrano essere il tumore assai ricco di elementi elastici; sono questi assai spessi e grossolani attorno ai grossi vasi; quivi sono evidenti a loro carico notevoli fenomeni degenerativi consistenti in spezzettamento e tortuosità delle fibre che sovente si mostrano interrotte in più punti; attorno alle grosse lacune scarso è l'elemento elastico: quivi sono evidenti le vestigia dell'antico sistema elastico e, fatto assai notevole, è possibile notare la presenza di esili e delicate fibre elastiche evidentemente neoformate ma in quantità assai limitata. Il reticolo precollagene si dimostra costituito da una ricca rete di fibre con comportamento molto simile a quelle elastiche.

***

La diagnosi di tumore angiomatoso che si era già fatta clinicamente e che fu pienamente confermata dal reperto anatomico era stata esaurientemente suggerita dalla esatta valutazione di alcuni sintomi non ultimo fra i quali la sensazione di riduzione della massa in volume sotto le manovre palpatorie compressive. A tale conclusione aveva poi indubbiamente giovato il reperto della puntura esplorativa.

Scartata l'ipotesi di un processo infiammatorio acuto delle pareti sia superficiali che profonde per la mancanza delle sue classiche note era pure per le stesse ragioni da rifiutarsi senz'altro l'eventualità di un processo infiammatorio acuto peri o pararenale con propagazione agli stati contigui; la sensazione netta di un corpo pastoso era infatti ben lontano dal somigliare a quella di un edema circoscritto. L'eventualità di un ascesso freddo era da scartarsi per l'anamnesi muta al riguardo ed essenzialmente per l'assenza di fluttuazione e di fatti toracici o vertebrali che lo potessero comunque convalidare. La rarissima eventualità di una tubercolosi primitiva dei muscoli era pure improbabile in parte per le stesse ragioni, poichè in questi casi (cioè quando il processo ha assunto tali proporzioni) di rado manca la fluttuazione data dal rammollimento del focolaio.

Non bisogna scordare ad ogni modo che la cutireazione specifica fu negativa. Un tumore renale maligno (specie ipernefroma) avrebbe dato segni manifesti di sè non solo dal lato funzionale e dal lato semiologico, ma anche nella rara eventualità di un tumore ipernefroide originato da un germe capsulare aberrante, sono noti quali caratteri di malignità abbiano di solito questi neoplasmi perchè se ne possa ammettere la permanenza per più di due anni senza ben più gravi fenomeni. La puntura esplorativa avendo dato luogo a sangue puro mentre escludeva l'eventualità di una raccolta purulenta permetteva pure di scartare l'ipotesi, a dire il vero non improbabile, di una cisti da echinococco dei muscoli sacro lombari.

Vedremo in seguito quale importanza si debba dare al numero assai forte di leucociti che detto sangue conteneva in confronto a quello estratto dal dito. Unica rimaneva l'eventualità di un tumore benigno e la puntura esplorativa ci confermò la diagnosi circa un tumore vascolare che già clinicamente si era fatta basandosi specialmente sul sintoma dato dalla riduzione di volume sotto le manovre compressive praticate colle nostre mani oppure dall'a.

tendendo l'aponeurosi dorso lombare in adatta posizione (decubito laterale con forzata flessione del corpo in avanti) questo ultimo fenomeno indicava pure la indubbia sede sotto aponeurotica del tumore.

***

Il cavernoma, ossia l'emangioma cavernoso è uno dei tumori su cui sono state, e sono tuttora da parte dei patologi, vivissime le discussioni.

Molti considerandolo come un semplice processo vascolare ipertrofico gli negano un significato di vero tumore, altri avendo trovato nella sua compagine invece segni di una neoformazione vasale lo considerano come un neoplasma. Più vive ancora si fanno le discrepanze quando si parla del significato da dare agli spazi vascolari proprii del cavernoma. Non credo sia questo il momento per elencare tutte le varie teorie e gli argomenti prodotti dai singoli autori che le enunciarono; credo opportuno però riferire come trovi oggidì largo consenso l'opinione che li vuole interpretare come degli amartromi (Albrecht) cioè come dei difetti di formazione che solo grossolanamente presentano i caratteri di tumore ed in cui abnormemente sia circa la quantità, sia circa l'ordinamento, sia circa la maturità acquistata oppure riguardo a tutti tre questi elementi, si mescolano parti di un organo.

L'Albrecht colla sua teoria in cui come è noto divide i tumori in coristomi ed amartromi porta appunto come esempi più comuni di amartromi i cavernomi in specie quelli del fegato e della milza, che sono fra i più frequenti. A questo concetto di amartroma, che ha trovato largo appoggio fra i patologi, si associa anche il Barbacci. Il Roggenbau si associa al significato di amartroma da darsi al cavernoma, sostiene però non essere, sibbene la più frequente, questa l'unica sua istogenesi: in quanto in alcuni casi, assai rari, non si può negare che rappresenti un vero e proprio tumore in progressiva evoluzione.

Il Barbacci ritiene essere probabile si ripeta qui quello che avviene per l'angioma semplice: cioè che se a molti cavernomi non si può attribuire altro significato di quello di preesistenti distretti vascolari ipertrofizzati, vi sono anche cavernomi che portano in sè i caratteri di veri tumori: a questi ultimi si dovrebbero, secondo detto autore, riferire quelli che compaiono, come nel nostro caso, in epoca lontana dalla nascita. Circa il contenuto i vari autori ancora una volta non sono d'accordo, alcuni ritengono si tratti di sangue arterioso, secondo altri sarebbe solo sangue venoso: ed il fatto che di solito (come nel nostro caso) le punture esplorative dànno luogo a sangue venoso, non è decisivo, in quanto detta qualità può il sangue assumere necessariamente per il circolo assai rallentato che esiste entro questi tumori: fatto questo che è anche provato dalla ricchezza in leucociti e dalla facilità con cui si stabiliscono trombi che spesso obliterano il lume delle cavità.

Nel nostro caso abbiamo visto avvenire tutti e tre questi fenomeni: il sangue prelevato colla puntura era di aspetto venoso, il contenuto in leucociti era assai elevato, l'esame istologico ha fatto notare la presenza di trombi e di processi degenerativi cui sino ad un certo punto si poteva riferire la genesi delle grosse cavità cavernose. Non ritengo del tutto ozioso richiamare l'attenzione sulla notevole, frequente leucocitosi che presenta il sangue dei cavernomi, poichè credo che il fatto, messo giudiziosamente in rapporto con altri dati clinici, possa agevolare in molti casi la diagnosi.

La sede più frequente del cavernoma è la pelle, vengono poscia in ordine di frequenza la milza, il rene, il midollo osseo, l'utero: molto più raramente si trova nell'intestino, nella vescica, nei muscoli, nella ovaia, nel cuore (Barbacci). Sulla origine degli angiomi muscolari hanno scritto il Riethus, sostenendo la loro origine in una rottura dell'armonia di accrescimento fra mesenchima e tessuto muscolare. Il Pilzer crede siano dovuti ad un difetto congenito in modo che per ipoplasia degli elementi essenziali si avrebbe una diminuzione nella capacità di assorbimento ed un ematoma sarebbe allora l'inizio del tumore. Sutter ne riferisce l'origine ad una tendenza delle vene ad una proliferazione esuberante specie da parte delle fibre muscolari lisce: l'ostacolo al deflusso darebbe una alterazione nei capillari e nelle arterie donde la formazione di spazi cavernosi. Gli angiomi cavernosi prediligono gli arti specialmente gli inferiori, vengono poi in ordine di frequenza i muscoli della nuca, del dorso, del torace; possono però trovarsi in qualsiasi altra parte del sistema muscolare. Raro è il caso che un angioma muscolare sia dolente; Riethus, però, ne osservò un caso su di un arto inferiore così dolente e così esteso da doversi procedere all'amputazione. Alle volte l'angioma muscolare si unisce al sarcoma (Britzelmayr-König). Scrissero importanti monografie su questo argomento il Baiardi, il Margarucci, l'Alessandri, il Gosse, il Rochard, il Tosi. Circa l'angioma doloroso il Grossi ne descrisse recen-

temente uno che era localizzato al polpastrello del V dito della mano in una donna di 35 anni. Detto angioma, sibbene del tutto superficiale, produceva forti sofferenze: anche in questo caso furono all'esame istologico trovate in abbondanza le fibre muscolari lisce.

Ritornando brevemente sulla costituzione dell'angioma cavernoso noi vediamo che buona parte degli autori ritengono indubbio che la proliferazione, avvenga specialmente a livello della tonaca media e dell'avventizia, il Muscatello ed il Puporac anche nell'intima. Non posso a questo proposito non richiamare l'opinione del Sutter che vedeva la causa dello stabilirsi di un angioma, specie cavernoso in un esagerato processo di moltiplicazione delle fibre muscolari lisce delle pareti vasali di un dato distretto; il Riethus vede nello stesso fenomeno la causa dello stabilirsi dei sepimenti fra le cavità cavernose. Credo opportuno insistere sul modo di vedere di questi autori poichè nel caso da me descritto oltre alla non frequente localizzazione, al sintoma dolore che è rarissimo in queste particolari forme oncologiche, esisteva un quadro anatomico, secondo il mio modesto parere, non indegno di considerazione. Il graduale passaggio, che io ho descritto, da vasi quasi normali alle vaste lacune cavernose attraverso ad ipertrofia muscolare della parete vasale e conseguente degenerazione delle medesime dà in questo particolare caso la spiegazione della genesi di dette cavità.

Lungi da me l'idea di voler generalizzare il fatto e di volerne tirare delle conclusioni generiche. Ho creduto opportuno però su questo fenomeno richiamare l'attenzione onde possano anche sotto questo punto di vista essere studiati altri esemplari che successivi osservatori avessero occasione di vedere.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALBRECHT. Fr. Zeitsch. f. Path., 1909.
2. BARBACCI. *I tumori.* Vallardi, Milano.
3. ROGGERIBAN. Z's. Beit., 49, 1910.
4. RIETHUS. *Ueber primäre Muskelangiome.* Beit. z. Klin. Chir., 42, 2, 1904.
5. PILZER. Virchow's Archiv., 165, 427, 1901.
6. SUTTER. *Beit. zu der Frage von den primären Muskelangiome.* Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 76, H. 4, 1905.
7. BAIARDI. Clinica Moderna, 1900.
8. MARGARUCCI. Il Policlinico, Sezione Chirurgica, 1902, XII.
9. ALESSANDRI. Il Policlinico, Sezione Chirurgica, 1904, III.
10. PORCILE. Il Policlinico, Sez. Chir., 1908, VII.
11. MARCHETTI. Riforma Medica, 1910, 38.
12. GOSSE. Revue de Chirurgie, 1912.
13. BOCHARD. Z's. Beit., 1913, 57.
14. TOSI. Clinica Chirurgica, 1913.
15. GROSSI. Il Policlinico, Sez. Pratica, 1919, XXVIII.
16. PUPORAC. Archiv. für Klin. Chir., 1897, 54.

***

Ringrazio vivamente il mio illustre capo sezione prof. Cignozzi per la gentile concessione fattami nel permettermi lo studio del caso clinico qui riportato, nonchè l'illustre prof. B. Lunghetti dell'Istituto di Anatomia Patologica di Siena, che mi fu largo di consigli nella sua illustrazione.

NOTE E CONTRIBUTI.

STAZIONE AGRICOLO-ANTIMALARICA
DELLA R. SCUOLA SUP. DI AGRICOLTURA IN PORTICI
diretta dal prof. GIACOMO ROSSI.

Sulla efficacia dei vari agenti di mobilizzazione ematozoaria per la diagnosi della malaria latente

per il dott. IGNAZIO DI PACE.

Avendomi gli studi e la pratica dimostrato che, per la diagnosi della malaria latente, i mezzi atti a riattivare gli accessi febbrili e a mobilizzare gli ematozoi valgono più del comune esame dell'ammalato, più della ricerca del parassita nel sangue della circolazione periferica e in quello della milza, più delle modificazioni morfologiche e delle proprietà biologiche del sangue, e più dell'esame delle urine, tutte le volte che mi son trovato a contatto di malarici, dal 1914 a oggi, per ragioni professionali (medico militare, durante la guerra mondiale, ed esercizio professionale in ambiente malarico) e per amore di studio, ho voluto sperimentare con la maggior parte dei detti mezzi, scelti fra i più accreditati, man mano che sono stati proposti — e di anno in anno sempre più numerosi, — per assicurarmi se essi valessero di più, e se quindi fossero da anteporre, per innocuità di azione e per sicurezza di risultati, alle iniezioni di soluzioni di nitrato di stricnina, da me usate fin dal 1912 per la diagnosi della malaria latente (1) e riconosciute, in Italia e all'estero, innocue, di facilissima applicazione e di effetto sicuro.

E dalla lunga serie dei miei esperimenti, riportati, con un certo dettaglio, in varie pubblicazioni (2) si ricavano le cifre percentuali, ri-

(1) I. DI PACE. *Per la diagnosi della malaria latente.* Il Morgagni, Archivio, n. 7 e 8, 1915.
(2) I. DI PACE. *I preparati opoterapici nella diagnosi della malaria latente.* Il Morgagni, Archivio, n. 10, 1922; *Lo shock proteinico nella diagnosi della malaria latente*, di prossima pubblicazione in Folia Medica; *La diagnosi*

portate nei seguenti quadri riassuntivi, e le conclusioni, che riassumo in seguito.

Nelle mie indagini io ho tenuto presente anche i casi di riattivazione degli accessi febbrili malarici, ma non ho creduto opportuno formulare statistiche percentuali dei casi nei quali tale riattivazione ho constatata, perchè non mi pare che essa possa essere indice dell'attività del mezzo usato per la diagnosi della malaria latente, nè che possa essere sempre — quando si manifesta — la prova più probativa per detta diagnosi. E ciò perchè la lunga pratica in proposito mi ha dimostrato che spesso, usando un dato mezzo di esame, ci possiamo trovare di fronte a una delle seguenti contingenze:

a) o che non si abbiano effetti degni di nota;

b) o che compariscano, nel sangue della circolazione periferica, gli ematozoi, senza che si abbia alcuna reazione febbrile, e tanto meno che si abbia il caratteristico accesso febbrile malarico;

c) o anche che si provochino manifestazioni febbrili (che però non hanno niente di patognomonico, perchè dipendono da semplici reazioni) — note col nome di febbre reattiva — le quali, dopo la defervescenza, più o meno rapida, non si ripetono e non sono accompagnate, nè seguite, da reperto parassitario positivo nel sangue.

La maggior parte di quelli che si sono interessati del problema della diagnosi della malaria latente, hanno limitato i loro esperimenti ai casi di infezione recente. Io invece li ho voluti estendere, a bella posta, anche ai residenti in ambiente malarico, che non hanno avuto mai manifestazioni malariche e che appaiono sanissimi; e ai vecchi malarici — una o più volte recidivi — perchè le mie indagini (1) concordi con le osservazioni del Craig, del Plehn, di Simms e Warwich, hanno dimostrato che fra quelli si possono trovare dei portatori di ematozoi malarici; e perchè essi, al pari di questi ultimi; ed entrambi, come tutti i malarici recenti, hanno una straordinaria importanza nella diffusione della malaria, e perciò nella profilassi antimalarica.

I. *Dei residenti in ambiente malarico, apparentemente immuni*, sottoposti a: strapazzo fisico, il 0 % presentano parassiti nel loro sangue; irradiazione solare, il 0 % (2); massaggio della milza, il 0 %; iniezioni di ergotina, il 0 %; benzolo, il 0 % (3); massaggio della milza, seguito dalla doccia alternata localizzata alla regione splenica, il 12 %; iniezioni di endoipofisina, dell'I. S. M., il 15 %; di adrenalina, il 16 %; di vaccino antitifico, il 18 %; di asmoganglina, il 20 %; di nitrato di stricnina, il 36-50 %.

II. *Dei malarici di antica data, che non hanno più febbre da oltre* 6 *mesi*, sottoposti a: strapazzo fisico, il 0 % presentano parassiti nel loro sangue; irradiazione solare, il 0 %; rivaccinazione antivaiuolosa, il 0 %; iniezioni di ergotina, il 0 %; iniezioni di latte proprio alla dose di 2 cc., il 0 %; benzolo, il 0 % (1); iniezioni di latte di vacca (serie di 3 iniezioni di 5 c.c. l'una), il 15,4-18 %; iniezioni di latte proprio, alla dose di 5 c.c., il 20 %; iniezioni di adrenalina, il 20 %; iniezioni di asmoganglina, il 24 %; doccia generale fredda, il 28 % (2); iniezioni di latte di vacca, alla dose di 10 c.c. (serie di 3 iniezioni), il 33,3 %; iniezioni di vaccino antitifico, il 33 %; iniezioni di siero normale di cavallo, il 50 % (3); iniezioni di nitrato di stricnina, il 47,5-62 %.

III. *Dei malarici, anche di antica data, che non hanno più febbre da* 4 *a* 6 *mesi*, sottoposti a: strapazzo fisico, il 0 % fanno vedere ematozoi nel loro sangue; massaggio della milza, il 6,2 % (4); benzolo, il 10 % (5); iniezioni di ergotina, il 13 %; iniezioni di latte di vacca alla dose di 5 cc. (serie di 3 iniezioni), il 12.2-27.3 %; massaggio dell'area splenica, seguita dalla doccia alternata localizzata, il 26 % (6); iniezioni di endoipofisina dell'I. S. M., il 26.6 %; iniezioni di vaccino antitifico, il 45 % (7); iniezioni di nitrato di stricnina, il 60.2-65 %.

IV. *Dei malarici che non hanno più febbre da* 2 *a* 3 *mesi*, sottoposti a: irradiazione solare, il 0 % presentano ematozoi nel loro sangue; vaccinazione jenneriana, l'11 %; benzolo, il 12 per cento; iniezioni di ergotina, il 15 %; doccia generale fredda, il 37.5 % (8); iniezioni di latte di vacca, alla dose di 10 c.c., il 40 %; iniezioni di endoipofisina dell'I. S. M., il 44 %; iniezioni di adrenalina, il 51,2 %; iniezioni di asmoganglina, il 52 %; iniezioni di nitrato di stricnina, il 62 % (adulti) 73 % (bambini).

---

della malaria latente coi mezzi fisici, di prossima pubblicazione ne La Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche; *Il benzolo e la sua pretesa azione riattivatrice della malaria latente*, Folia Medica.

(1) I. DI PACE. *Influenza dei traumatismi e degli interventi chirurgici nelle manifestazioni malariche.* Il Policlinico, Sez. Chir., 1916.

(2) (3) Degli accertati portatori di ematozoi con la prova della stricnina.

(1) (2) (4) (5) (6) (7) (8) Degli accertati portatori di ematozoi, con la prova della stricnina.

(3) Degli accertati portatori di ematozoi, con la prova della stricnina e dell'adrenalina.

Le cifre percentuali che precedono, dimostrano chiaramente che di tutti gli agenti, i quali determinano la mobilizzazione ematozoaria, da me presi in esame (sono quasi tutti i conosciuti; e — non tenendo conto delle iniezioni di *emetina* e di *nitroglicerina*, preconizzate dal Quarelli — sono anche i ritenuti più attivi) i più attivi sono: la stricnina, i preparati opoterapici e quelli che determinano lo *shock* proteinico. Ma mentre la stricnina è affatto innocua, detti preparati invece hanno degli inconvenienti, che è bene non trascurare e che è opportuno tener presenti, per non avere delle sorprese ricorrendo al loro uso.

Dei preparati opoterapici:

a) le iniezioni di adrenalina provocano tremore, più o meno intenso — ma sempre relativamente transitorio — e pallore più o meno fugace;

b) quelle di asmoganglina — di azione pronta come quelle di adrenalina — danno gli stessi inconvenienti, ma alquanto attenuati;

c) quelle di endoipofisina dell'I. S. M. non danno inconvenienti, ma hanno azione molto lenta al paragone di quella dell'adrenalina e dell'asmoganglina. (La maggior parte dei risultati positivi li ho ottenuti dagli esami del sangue, fatti 24 ore dopo la loro iniezione).

Dei preparati che provocano lo shock proteinico:

a) Le iniezioni di siero di cavallo, nei casi di vecchia malaria asintomatica, non hanno valore quando non provocano vivace reazione febbrile; se invece la provocano, danno discreti risultati. Nei casi invece di malaria recente, con segni fisici e organici ancora ben manifesti della patita infezione, la reazione febbrile si presenta con una certa vivacità e di conseguenza i risultati sono abbastanza favorevoli.

b) Le iniezioni di latte, sia di donna che di vacca, sterilizzato, danno i maggiori successi nei malarici recenti, con alte dosi, e sempre quando provocano intensa febbre reattiva.

c) Le vaccinazioni jenneriane danno qualche risultato solo nei bambini, e solo quando sono seguite da reazione febbrile.

d) Le iniezioni di vaccino antitifico danno i maggiori risultati quando provocano vivace reazione febbrile e quando più breve è il periodo di tempo trascorso dall'ultima febbre malarica.

IGIENE.

Ostricoltura ed igiene.

Dott. M. GIOSEFFI.

L'industria ostreicola, già diffusa in Italia (Taranto, Spezia, laguna veneta), si è arricchita con l'unione delle nuove provincie, di altri parchi di allevamento (Grado, Zaule) e nuove insenature della costa istriana e delle isole del Carnaro si schiudono alla ostri- e mitilicoltura nazionale. Nessuna norma igienico-sanitaria disciplina però l'impianto dei parchi, vivai e depositi di ostriche e mitili. Questo stato di cose ha discreditato l'industria nazionale di fronte al pubblico consumatore ed all'Estero, che non manca di additare le condizioni antigieniche dei nostri vivai di fronte ai prodotti d'Ostenda, Arcachon, della Gironde ecc.

La carne dell'ostrica è di facile digestione ed è formata di sostanze albuminoidi molto assimilabili accompagnate da sostanze grasse fosforate o glicogenate. Celli ne indica la composizione con:

85.50 % di acqua;
9.04 % di azoto;
2.04 % di grasso;
1.96 % di sostanze min.

Il peso medio di un'ostrica senza guscio si può valutare a 10 grammi, il tempo medio per la digestione di 72 grammi in 2-3 ore (Celli). Mentre da noi è un alimento di lusso, in America l'ostrica rappresenta un alimento popolare.

Le ostriche allevate, ingrassate o depositate, anche solo temporaneamente in acque inquinate o sospette, divengono dannose alla salute e possono essere causa di disturbi e di vere malattie gastro-intestinali. Fatta astrazione dalle sindromi dovute all'uso di molluschi non freschi, che non differiscono da quelle che si osservano dopo l'ingestione di carni guaste, Bandi compendia le sindromi provocate dalla ingestione di molluschi crudi e freschi in due categorie:

1) in malattie determinate (tifo, paratifo, dissenteria, colibacillosi);

2) in sindromi gastro-intestinali indeterminate, che compaiono improvvisamente senza essere precedute da un periodo d'incubazione; queste sindromi hanno il vero carattere di intossicamento con sintomi gastro-intestinali e talvolta anche cerebrali. A queste sindromi, le quali possono essere di maggiore o di minore intensità od anche più o meno transito-

rie, segue non di rado una delle malattie determinate, dianzi precisate.

Prescindendo dai casi di semplice anafilassi da ostriche e mitili, le infezioni ed intossicazioni ostrearie sono tutte di origine batterica ed avvengono per lo più:

a) nei depositi inquinati;

b) in seguito a manipolazioni dell'ostricaro (ricambio dell'acqua presa magari in vicinanza dello sbocco di cloache, distensione dell'ostrica aperta su uno strato di ghiaccio nelle trattorie, sudiciume dei gusci non spazzolati).

L'inquinamento avviene facilmente anche nei porti interni delle città non canalizzate. È così che si possono avere delle infezioni tifose. Richet e Sigon, svelando la presenza del bacillo di Eberth e dei paratifici A e B nelle ostriche, ne hanno per i primi data la dimostrazione diretta. Secondo le loro ricerche, ostriche allevate all'imboccatura di fognature hanno dato una densità microbica in media di 2,800,000 germi, e di 150,000 bacilli appartenenti al gruppo tifo-coli per litro. L'uso di alcuni condimenti antisettici, come quello del limone, dell'aceto o di talune bibite come del vino bianco, e l'azione del succo gastrico sembrano avere una importanza considerevole nella difesa contro le infezioni di origine ostreoria, chè altrimenti queste sarebbero ancora più frequenti di quello che non lo siano. Dienert nel 1921 su 336 ostriche esaminate riscontrò in 54 (= 7 %) il bact. coli. A Trieste su 107 casi di tifoide osservati nel I semestre 1922 dieci erano, secondo le informazioni dell'ufficio municipale d'igiene, dovuti all'ingestione di ostriche e mitili.

Si è pensato che nelle ostriche si compia una specie di autodepurazione. In questo riguardo Bandi ha notato come la scomparsa dei batteri nell'ostrica non sia dovuta ad una fagocitosi di difesa, ma ad un processo di disgregazione, di digestione e di assimilazione di elementi batterici (proteolisi e proteosintesi); le sostanze tossiche entrano nel plasma e nei tessuti dei molluschi; Bandi riuscì a dimostrare persino poteri antigeni nel fegato. I prodotti batterici sprigionatisi della cellula batterica in seguito alla accennata azione batteriolitica sono quelli che determinano le sindromi indeterminate, le quali subentrano senza un periodo di incubazione e senza presentare la sindrome del botulismo, anche dopo l'ingestione di molluschi freschi. L'azione batteriolitica in tali casi si rivolge a danno dei molluschi, ai quali conferisce potere tossico. Sono queste endotossine batteriche che esercitano una azione eminentemente steatogena sulla cellula epatica degli organismi superiori (Bandi).

Le concessioni di specchi d'acqua per l'ostrie mitilicoltura dovrebbe avvenire perciò soltanto con speciale oculatezza, quando si consideri che l'autorità sanitaria si vede altrimenti le mani legate e può in determinate circostanze essere costretta a permettere la vendita ed il commercio delle ostriche e mitili, se pure ragioni di profilassi ne richiederebbero la proibizione. È così che, come ricorda Bandi, mentre nel 1911 a Napoli furono distrutti senza inconveniente i vivai di S. Lucia, si ebbero in altre località, nelle quali l'ostricoltura è l'unica industria locale, delle difficoltà, come a Taranto, dove l'autorità sanitaria sotto la pressione delle circostanze doveva dichiarare eduli i molluschi allevati in quel porto, che rappresenta la cloaca di 30,000 abitanti (Carazzi)!

Prima di concedere l'autorizzazione all'esercizio dell'industria ostreicola nei porti interni converrebbe procedere con speciale oculatezza nel giudicare l'autodepurazione del mare in corrispondenza delle aree prescelte per l'allevamento o la stabulazione delle ostriche e mitili.

Il solo fatto che nei porti interni delle nostre città marinare, quando non sono canalizzate, le acque lorde di stabilimenti sanitari ed industriali, di caserme, di case operaie, ecc. sono convogliate in mare, senza previa a fondo cieco od espressamente danneggiate, Noi sappiamo che in genere nelle città non canalizzate molte fogne spandono, altre sono a fondo ceco od espressamente danneggiate, per evitare ai proprietari la noia della frequente vuotatura. Ne consegue che tutto il sottosuolo di città non canalizzate si debba considerare inquinato. Le pioggie poi lavando il sopra- ed il sottosuolo asportano i detriti, i rifiuti stradali ed una massa di sostanze impure in mare. Anche la quantità dei rifiuti e delle sostanze escrementizie della popolazione natante non è certamente trascurabile. Vanno aggiunti ancora i rifiuti industriali, i detriti, gli escrementi degli animali e tutte le impurità del manto stradale della città e delle campagne coltivate.

Prima di scegliere perciò un'area per l'impianto di un parco ostreicolo conviene vagliare bene se i fattori che si possono invocare per l'autodepurazione sono sufficienti a garantirci da inquinamenti.

Noi sappiamo che l'autodepurazione del mare è favorita da fenomeni chimici, fisici e bio-

logici, dall'azione dei raggi solari, dalla ossidazione delle sostanze organiche per opera degli aerobii, dai protozii, dalla sedimentazione, e sopra tutto dalla diluizione. La distanza degli sbocchi di canali e la presenza di sorgenti d'acqua non sono sempre fattori sfavorevoli all'inquinamento. Le polle che sgorgano vicino o sotto al mare sono per lo più acque superficiali, di piccola portata, quindi per qualità e per quantità non sempre tali da contribuire sicuramente alla depurazione del mare. La maggior corruzione ed il maggior inquinamento noi sappiamo poi che non si trova quasi mai a poca distanza dai canali e dalle cloache; le acque lorde non si diffondono immediatamente nella massa d'acqua che le riceve, ma cadono al fondo per il loro maggiore peso specifico; nel fondo rimbalzano, sollevandosi più o meno, poi ridiscendono nuovamente per diffondersi in seguito con lentezza in tutta la massa d'acqua (Celli e Scala). Per una sicura depurazione si dovrebbe avere una corrente litoranea di sufficiente intensità, accertata non sulla base delle indicazioni dei piloti o di gente pratica del porto, ma dopo uno studio con i corpi fluttuanti alla superficie e nelle varie profondità e ricorrendo anche all'impiego delle sostanze coloranti. Difficilmente avremo però nei porti interni correnti di una intensità corrispondente alle cifre di Pettenkofer (0.60 m. al minuto secondo); le correnti dell'Atlantico appena raggiungono una velocità di uno o più metri al m' e solo alle foci dei fiumi abbiamo velocità di 2-3 m. e più al m'. Velocità così intensa sembrano impedire agli embrioni la fissazione nei vivai nelle vicinanze. Dienert per accertare l'eventuale possibilità di inquinamenti ricorre alle colture di saccaromiceti, che immette nei punti sospetti servendosi di una determinata quantità di brodocoltura, mentre poi ricerca i germi nel mare. Prima di scegliere uno specchio d'acqua per l'ostri- e mitilicoltura si dovrebbe procedere ad uno studio fisico, chimico, batteriologico, biologico, planetnologico dell'acqua del mare in corrispondenza della zona prescelta e della relativa zona di protezione, studio che dovrebbe in particolar modo orientarci sui caratteri fisici dell'acqua (temperatura, trasparenza, colore), sulla presenza del *bacterium coli*, sulla putrescibilità dell'acqua, o come vuole il Dienert, anche sulla presenza del piocianeo e del proteus, e che dovrebbe essere ripetuto per l'alta e la bassa marea, per il mare mosso e per il mare calmo, per l'inverno e per l'estate, quando l'acqua del mare ha una temperatura favorevolissima allo sviluppo di una flora polimicrobica, durante la siccità come dopo gli acquazzoni, per la superficie e per il fondo, studio del quale dovrebbe essere incaricato un istituto d'igiene od un laboratorio batteriologico dello Stato. Non dobbiamo lasciarci ingannare dall'apparenza dell'acqua. Un esame dell'acqua del mare attorno i parchi d'ostriche nel vallone di Z... ha rivelato contrariamente alle aspettative una ricca densità batterica oltre alla presenza del bact. coli. Tanto più facile è avere un simile reperto, od uno più sfavorevole ancora, nei porti interni delle nostre città marinare.

Non sarebbe una profilassi razionale quella di attendere che i vivai si infettino nelle aree facilmente inquinabili, per poi procedere alla sterilizzazione dei molluschi con gli ipocloriti!

Col sistema di lasciar correre, non curandosi di disciplinare igienicamente l'ostri- e la mitilicoltura non solo danneggiamo economicamente l'industriale, ma anche l'industria stessa, la quale è colpita non solo in periodi di costellazioni sanitarie poco propizie con la proibizione della vendita delle ostriche e mitili, ma anche quando questo pericolo non c'è, poichè il pubblico non potrà non essere diffidente e pauroso sempre, sapendo che vengono offerti alla consumazione dei molluschi allevati, ingrassati o depositati nell'acqua inquinata o facilmente inquinabile di un porto, e questo fatto solo basterà a portare il discredito verso una industria, che, nell'interesse dell'economia nazionale (1), va anche incoraggiata.

CONCLUSIONE.

Speciali disposizioni legislative dovrebbero disciplinare in linea igienico-sanitaria l'ostri- e mitilicoltura ed il commercio dei molluschi, nell'interesse dell'igiene, dell'industria e dell'economia.

Parenzo (Istria).

BIBLIOGRAFIA.

BANDI. Italienische Aüsternzüchtrüng u. Dermenkrauküngen. Zentralbl. für Backter. u. Parasitenk. Orig. Bd. 62, pag. 212.

BORNE, DIENERT e HINARD. Offic. scient. et techn. des peches marit. Bull. 10 dicembre 1921, pag. 64, rec. Ann. Instit. Pasteur ed Office internat. d'Hygiène publique, 1922, pag. 992.

CARAZZI. *Ostricoltura*. Hoepli, Milano, 1893.

RICHEL e SIGON. Compt. rend. Soc. de Biologie, 1919, n. 9.

WELLS. Egin. news 88, n. 1. pag. 32-33, 1922, rifer. Zentralbl. f. die ges. Hyg., 1922, pagina 128.

---

(1) Il valore dei molluschi pescati nei mari dello Stato nel 1916 era di lire 1,147.000.

COMMENTI.

Considerazioni sulla risposta del dott. Sighinolfi al prof. Nicolich.

Nel n. 47 di questo giornale il dott. Sighinolfi pubblicò una critica di un mio articolo comparso nel n. 32, sotto il modesto titolo di «Considerazioni di un vecchio urologo sui recenti risultati della terapia Roentgen». Chi leggerà quello che scrisse il dott. Sighinolfi, non conoscendo il contenuto del mio articolo, crederà ch'io sia un nemico giurato della terapia Roentgen e dei suoi cultori, mentre questo non è il caso; sono soltanto un *laudator temporis acti*, quando prima di asserire con assoluta certezza il valore di un soccorso terapeutico, si aspettava di averne le prove e non si sdegnava di vagliare le critiche oneste basate su di una lunga esperienza.

Per dimostrare che io non sono il solo miscredente dei miracoli della terapia Roentgen, basterà ch'io ricordi che nel mio articolo incriminato citai l'opinione di un valente radiologo quale il prof. Ponzio di Torino che così si esprimeva in una recente sua pubblicazione: «Troppo grave discredito ha ricevuto la radiologia in questi ultimi tempi da molteplici fattori, i quali o per inadeguata competenza, od anche per interesse personale hanno sviato totalmente gli studi e le ricerche scientifiche praticate in argomento di terapia e si sono affrettati ad assicurare effetti terapeutici in realtà illusori e non corrispondenti a quanto i veri cultori della radiologia hanno affermato nei recenti loro lavori».

Il Sighinolfi trova ch'io fui inesatto nel dare la relazione dei due casi di carcinoma della vescica che presentarono la perforazione del retto; la prima inesattezza non mi sembra sia tanto grande da scriverla in corsivo «*l'infermo venne a morte precisamente dopo cinque mesi e non dopo quattro come erroneamente pubblica il Nicolich*».

Più inesatta è l'asserzione del Sighinolfi per quanto riguarda l'operabilità del secondo caso; egli asserisce che si tratta di due casi inoperabili: ora il prof. Lasio che praticò la cistoscopia del secondo caso, poco tempo prima della cura Roentgen, aveva proposto l'operazione come la cura più radicale e sicura.

Il Sighinolfi trova che fui pure inesatto nel far cenno sulla durata delle sedute, quando scrissi che il primo ammalato fu irradiato per alcune ore consecutive e che il secondo lo fu dalle ore otto alle diciannove con qualche intervallo nel giugno, dalle sette alle venti con qualche intervallo di riposo nel novembre.

Il Sighinolfi è certamente più esatto perchè scrive che nel primo caso la durata della seduta fu di 546 minuti primi e nel secondo fu di 245 minuti nel luglio 1921 e di 376 nel novembre dello stesso anno. Dove egli manca di esattezza è quando scrive: «non si raggiunsero affatto le tredici lunghe ore che secondo il Nicolich sarebbero occorse per la seconda seduta del secondo caso» e quando aggiunge fra parentisi «si capisce che tanto in questa come nella precedente irradiazione l'elevato numero delle ore è stato dato dal Nicolich al lettore con erroneo concetto quale criterio dosimetrico per cui ai profani l'eccessiva durata della seduta vorrebbe indicare una iperdose».

Credere più verosimile l'ammettere che il processo distruttivo dei tessuti neoplastici iniziatosi nella vescica e propagatosi al retto sia stato la causa della perforazione perchè questa avvenne dopo due mesi dalla irradiazione nel primo caso e cinque mesi dalla seconda irradiazione nel secondo, lo può affermare chi ha osservato un esiguo numero di neoplasmi vescicali non già chi ne ha curati 486 senza aver mai veduto la perforazione del retto: fra questi ammalati ve ne erano diversi che furono osservati non soltanto per 22 mesi ma per parecchi anni.

Il Sighinolfi, che con tanto calore vuol dimostrare che io errai quando supposi che probabilmente la roentgenterapia profonda fosse la causa della perforazione del retto, sorvola sulla mia da lui chiamata elegante parodia dei risultati del Wetterer, che con la roentgenterapia guarisce miracolosamente gli ascessi prostatici, la prostatite blenorragica, l'ipertrofia della prostata e la tubercolosi della vescica e dei reni. Fra la mia elegante parodia e l'asserzione che i raggi X possono favorire lo svuotamento di un ascesso della prostata c'è una certa differenza, e già che si fece uso della parodia, dirò che parodie sono quasi tutte le vantate guarigioni delle malattie degli organi orinari citate dal Wetterer.

Il Sighinolfi per dare maggior valore alla sua critica del mio lavoro gli attribuisce una particolare intonazione di avversità alle applicazioni dell'agente fisico che da qualche tempo è venuto a contendere il campo alla chirurgia nella lotta contro i tumori maligni. Questo giudizio non mi tange, perchè io ho sempre seguito con interesse i veri progressi della radioterapia ed ho sempre chiesto l'aiuto del

radiologo nei casi che l'esperienza aveva dimostrato indicati per la cura coi raggi X.

L'intima e cordiale collaborazione fra chirurghi e radiologi che è desiderata da tutti sarà possibile quando non si vorrà far credere che la radioterapia guarisce quasi tutti i mali e quando non si annunzierà sulla quarta pagina dei giornali politici che vi sono degli istituti di radiologia ove si curano fra le altre malattie anche le tubercolosi chirurgiche. Se vi è una tubercolosi chirurgica che richiede per guarire una pronta operazione è certamente la tubercolosi renale; ritardare l'intervento chirurgico con tentativi di roentgenterapia, costituisce, fino a novella prova, un grave errore.

NICOLICH.

A proposito del Chenopodium anthelminticum in Italia.

Nota del prof. ADRIANO VALENTI, direttore dell'Istituto Farmacologico della R. Università di Parma.

Nel n. 48 (27 novembre 1922) di questo giornale il collega prof. E. Cavazzani, dell'Università di Ferrara, ha pubblicato un breve articolo dal titolo: « Il Chenopodium anthelminticum in Italia », in cui, dimostrandosi lieto di dare la sicura prova di un possibile attecchimento da noi di questa pianta americana, per aver egli trovato in un muro lungo la via Buonporto di Ferrara un esemplare macroscopicamente e microscopicamente identificato, richiamava l'attenzione dei botanici e dei farmacologi su questo rinvenimento, onde spingerli a coltivare e a studiare questa pianta assai apprezzata in America come vermifugo, specialmente nella cura dell'anchilostomiasi (1).

Ringrazio di questo richiamo l'egregio collega Cavazzani, perchè mi eccita a dar subito alcune notizie, che forse avrei per qualche tempo tardato ancora a pubblicare in attesa di compiere alcune ricerche farmacologiche, che ho in corso. E le notizie sono queste.

Quattro anni fa quando la campagna per lo sfruttamento del nostro patrimonio naturale di piante medicinali e aromatiche era in pieno vigore qui a Parma fondammo una Società « Pro Piante medicinali e aromatiche » che oltre a fare opera di propaganda pensò all'istituzione di un corso di Erboristeria, proposta che fu calorosamente accolta dalla nostra scuola di Farmacia, e potè aver subito pratica applicazione per la fortunata presenza di S. E. l'on. Berenini al Ministero della P. I., e pensò anche naturalmente alla possibile acclimatazione di droghe utilizzabili in terapia. Tra queste si scelse tra le prime il Chenopodium anthelminticum: ne parlai al collega prof. Avetta direttore del nostro Orto Botanico ed in allora presidente della Società « Pro piante medicinali », che ben volentieri si mise subito alla ricerca dei semi. Non fu facile, ma finalmente nel marzo 1919 egli ne ebbe dal prof. Renato Gerard del giardino municipale di Lione che scriveva: « Il C. domanda un buon terreno un po' fresco, e non teme punto il sole ». Ai primissimi di aprile i semi furono sparsi in cassoni e in piena terra un po' al fresco nell'Orto Botanico, ma poichè per molto tempo nulla germogliava fuori terra già si disperava della riuscita dell'esperienza, quando col bel sole di maggio — verso la fine — la pianta cominciò a dare getti evidenti, e ci fu possibile fare un buon raccolto di semi, oltre a lasciare « in situ » delle piante per stabilire se dai semi caduti si sarebbe potuto ottenere l'anno venturo una nuova vegetazione senza bisogno di far nuove semine.

Pertanto con i semi raccolti tentammo l'anno successivo una più vasta coltivazione a Langhirano, luogo di bassa collina ad una ventina di chilometri da Parma. La semina fu fatta a spaio in piena terra ad aprile inoltrato in un campo della Cattedra ambulante di Agricoltura, messo a nostra disposizione dall'egregio direttore comm. prof. Bizzozzero; ma per un forte temporale che sconvolse il campo subito dopo la semina, e per una sequela di pioggie consecutive la coltivazione sofferse per modo da non potere avere che scarsissimo seme.

Con questo però facemmo una nuova esperienza in un campo della Scuola agraria del nostro R. Istituto tecnico concesso dall'on. Deputazione provinciale col pieno consenso del direttore prof. Lanza: anzi l'on. Deputazione provinciale ci incoraggiò anche con aiuti economici (e cogliamo la occasione per ringraziarla pubblicamente), per cui, ammaestrati dal passato, facendo la semina prima in semenzaio e poi trapiantando a primavera inoltrata — in Maggio — potemmo avere una rigogliosa e magnifica distesa di Chenopodio, che ci ha dato tre grossi cassoni di semi, da cui, come è noto si trae l'olio essenziale usato in terapia. Di questi semi a distanza di più di un

---

(1) V. tra l'altro: *The Rockefeller Foundation.* Annual Report, 1918-19-20.

anno si sta appunto ora provando la germinabilità.

Possiamo anche affermare che il Chenopodio si è riprodotto spontaneamente là ove avevamo lasciato le piante « in situ », e so che riesce assai difficile ucciderlo nel campo della Scuola agraria. Dunque per le nostre esperienze possiamo assicurare che il Chenopodio antelmintico — varietà del Chenopodium ambrosioides originario del Messico — vegeta rigogliosamente da noi, come del resto in quasi tutte le parti del mondo, ritrovandosi oramai in un'area vastissima non solo dell'America del Nord e del Sud, non solo nell'Europa meridionale, ma anche dell'Africa del Nord ed occidentale. Ecco perchè, come tutte le specie che occupano un'area estesa, il Chenopodium è una specie polimorfa e presenta numerosissime varietà.

Da noi cresce rigoglioso sopra qualunque buon terreno, nè ha bisogno di grande concimazione: è forse prudente fare la semina in semenzaio e far poi il trapianto a primavera inoltrata — verso la fine di aprile o ai primi di maggio —; ma su terreno ben preparato si può fare anche la semina direttamente a spaio. Ciò che non devesi dimenticare si è che la pianta teme molto il freddo e la eccessiva umidità.

Con i semi raccolti io ho iniziato delle ricerche chimiche, soltanto però allo scopo di stabilire la ricchezza in olio essenziale della pianta da noi coltivata; quanto alla costituzione chimica dell'essenza lo studio non può essere fatto che da un chimico provetto, essendone la costituzione, da quanto si conosce, assai complessa, e ancora non del tutto chiarita la costituzione dell'Ascaridol, che sembra il componente terapeuticamente attivo (1). Sia con la polvere dei semi che col nostro olio essenziale ho anche intrapreso delle ricerche farmacologiche, dimostrando la letteratura la necessità di più precise indagini al riguardo: ma si tratta di esperienze di cui sarebbe prematuro riferire ora.

Non potrei dire se i semi che sono ancora a nostra disposizione siano inalterati: ma chi volesse provarne la germinabilità e studiarli sia dal punto di vista chimico che farmacologico non ha che a chiederli potendone disporre di una notevole quantità.

(1) Una vasta letteratura è stata raccolta dalla Ditta Schimmel e C. di Militz (Lipsia).

STORIA DELLA MEDICINA.

La microbiologia e la disinfezione intuite dagli antichi greci e dagli arabi.

La tubercolosi polmonare dell'uomo fu conosciuta dagli antichi.

Ippocrate ne accenna in più luoghi. Ma a noi sembra mirabile là dove scrive: « In morbis pulmonis valde rubicundae sanguinis stillae, malae sunt. Cum raucedine, sputa viscosa, salsuginosa, mala. Si vero etiam quid attollatur juxta pectus, in his malum est. Dolores ad collum his attenuatis perniciosi. Raucedo cum tussi, et alvo liquida, pus educit... » (*Coacae Praenotiones*, sect. II).

Nel 980 Avicenna forse per la prima volta ne fece un quadro a sè, staccandola da tutti i processi pulmonari nei quali era confusa. Egli dimostrò che era contagiosa e per curarla adoperò le iniezioni intrapulmonari di mille o infuso di rose.

Avvolgeva poi il torace del tubercoloso di argilla, per potere localizzare le lesioni nell'interno del polmone, e dove esso si aderiva più facilmente e più presto, ivi era la sede della lesione tubercolare.

Dimostrava con ciò che il polmone lesionato è in preda ad un maggiore lavorio, per cui sviluppava maggiore numero di calorie tali da fare aderire più facilmente l'argilla. Era un metodo semiologico un po' prolisso che sostituiva il nostro plessimetro ed il nostro udito.

Fu Avicenna che richiamò l'attenzione sui tipi biondi con torace deformato, particolarmente candidati alla tubercolosi.

Una delle più importanti vedute di Avicenna fu che preconizzò la disinfezione prima di Pasteur e di Lister; poichè ai pazienti raccomandava che il latte fosse raccolto in recipienti, che fossero stati prima passati in acqua bollente per quattro volte di seguito.

Riconosciamo e valutiamo il grande intuito di Avicenna il quale fin dall'anno 980 segnalò la ricerca della lesione pulmonare e l'importanza della microbiologia e della disinfezione.

Dott. PANSINI GIOVANNI.
Montottone (Caserta).

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Oscillazioni stagionali nella fisiologia e patologia umana.

(K. Beckmann. *D. Med. Wochenscr.*, n. 42, 1922).

Le oscillazioni stagionali fisiologiche, che in alcuni animali culminano col periodo del letargo invernale, sono appena accennate nell'uomo, forse perchè esso riesce a neutralizzare in parte le variazioni che subisce l'ambiente in cui vive. Pure si osservano anche nell'uomo alcuni fenomeni che possono da lontano ricordare il letargo degli animali: la diminuzione invernale dell'accrescimento in peso e in lunghezza (facilmente controllabile la crescita dei capelli) e il prolungamento del periodo di sonno (maggiore del 30 % nell'inverno al confronto con l'estate).

Nella patologia si osserva una varia frequenza stagionale della tetania e dell'eczema dei lattanti (massima nel marzo, minima nella estate), di numerose malattie cutanee (massima in primavera), delle malattie da raffreddamento (due massimi, uno in primavera ed uno in autunno), ecc.

La ragione di tali variazioni stagionali è stata cercata in parte in fattori esogeni, in parte in fattori endogeni. Per molte malattie hanno un'importanza indubbia le oscillazioni termiche e barometriche. Il raffreddamento determina secondo recenti ricerche di Shade, delle alterazioni dello stato fisico-chimico dei colloidi dei tessuti; i tessuti così alterati (per es., la mucosa del naso, del faringe, i polmoni) diverrebbero meno resistenti alle infezioni (col periodo primaverile di massima frequenza delle malattie da raffreddamento coincide la massima frequenza delle malattie infettive). Tale concezione trasforma in parte il fattore esogeno delle oscillazioni termiche in un fattore endogeno. La mortalità per tubercolosi presenta un massimo primaverile e un massimo invernale; mentre il primo dipende probabilmente da infezioni miste, che come si è ora detto sono più facili in primavera, il massimo autunnale sta probabilmente in relazione con cause puramente endogene: la variazione stagionale dei processi immunitarî, che è dimostrata dai risultati della reazione alla tubercolina (reazione intensa in primavera, minima in autunno, all'identica dose di tubercolina).

Per le variazioni stagionali di molte malattie si presta bene l'ipotesi di una variazione dello stato del sistema nervoso, specialmente di quello vegetativo. Le neurosi presentano due massimi, uno in primavera, uno in autunno; i suicidi un massimo primaverile. Molte malattie che sono probabilmente determinate da squilibri di tono tra il vago e il simpatico (anomalie secretorie gastriche, ecc.) presentano un massimo primaverile e un massimo autunnale. Forse queste alterazioni di equilibrio fra i componenti del sistema nervoso vegetativo sono in rapporto con alterazioni stagionali endocrine. È possibile che in gran parte le variazioni stagionali di molte malattie dipendano da alterazioni analoghe dello stato ormonico (relazione tra la secrezione interna e il letargo). Molte malattie endocrine presentano indubbie oscillazioni stagionali: la malattia di Basedow, la tetania, il mixedema.

Recenti ricerche di Straub, Meier e Schlagintweit, dimostrando delle differenze della reazione del sangue tra la primavera e l'autunno, fanno pensare alla possibilità che a tale fattore si debbano attribuire le variazioni stagionali della frequenza di diverse malattie (importanza della reazione del sangue per i processi vitali, per i processi immunitarî, per lo sviluppo di germi, ecc.). Pollitzer.

CHIRURGIA.

Cisti e pseudocisti pancreatiche.

Un caso di estirpazione totale con un metodo extraperitoneale.

(Primrose. *Surgery, Gyn. a. Obst.*, aprile 1922).

L'Autore riassume quanto oggi si conosce intorno alle cisti ed alle pseudo-cisti pancreatiche: ricorda la classificazione già esposta da Robson e Moynihan nel 1903 in: 1) Cisti da ritenzione; 2) Cisti neoplasiche; 3) Cisti idatidee; 4) Malattia cistica congenita; 5) Cisti emorragiche; 6) Pseudocisti. A queste varie specie bisogna aggiungere le cisti dermoidi descritte nel Pancreas da Judd e da altri. Nell'etiologia delle cisti da ritenzione ha importanza l'infezione delle vie biliari che è causa, come si sa, di pancreatiti interstiziali le quali con la compressione sui dotti determinano la formazione di queste cisti (Cammidge) e spesso infatti l'itterizia e le coliche biliari precedono la comparsa di una cisti pancreatica (Cammidge). In altri casi invece di cisti, che Moynihau chiama pseudocisti l'importanza etiologica deve attribuirsi ad un trauma che determina una contusione con spappolamento del tessuto pancreatico e consecutiva cisti sia nello spessore stesso del pancreas sia nella retrocavità degli epiploons.

L'Autore stesso però riconosce la confusione che esiste intorno al significato da attribuirsi

alla parola pseudocisti, che alcuni danno alle cisti la cui parete non è fornita da rivestimento epiteliale, altri a raccolte di liquido pancreatico nel peritoneo; Willis e Budd restrinsero questo termine di pseudocisti alle cisti dipendenti da un trauma chiamate da altri anche cisti apoplettiche.

L'Autore infine riporta il seguente caso da lui operato: Si trattava di una donna di 32 anni che aveva sofferto soltanto da infezioni intestinali da bambina e che presentava una enorme cisti la quale si estendeva dall'ipocondrio fin dentro la pelvi.

All'operazione trovò una cisti retroperitoneale situata sotto e a sinistra dell'attacco del mesentere. Dopo avere inciso e scollato il peritoneo parietale posteriore, scoprendo la parete propria delle cisti suturò con catgut i margini di questa incisione ai margini del peritoneo parietale anteriore. Riuscì ad enucleare lateralmente la cisti, ma non gli fu possibile farlo posteriormente. La svuotò con un grosso trequarti estraendo 5 litri di liquido cioccolata denso. Allora potè enucleare la cisti anche posteriormente giungendo sopra una specie di peduncolo che la faceva aderire alla coda del pancreas e che sezionò previa legatura. Lasciò un tubo di drenaggio nella cavità residuale e chiuse le pareti. La parete della cisti era costituita da tessuto connettivo; il liquido conteneva un fermento amilolitico, ma non tripsina nè lipasi. L'inferma guarì perfettamente.

L'Autore ricorda che l'asportazione delle cisti pancreatiche è stata fatta varie volte, ma meno frequentemente della marsupializzazione, ed in ogni modo mai per via extraperitoneale come egli ha fatto. Fa notare come le cisti contrariamente a quanto per lo più accade e come è indicato nei diagrammi già fissati da Robson e da Moynihan si era sviluppata al disotto del colon trasverso, non solo, ma a sinistra dell'inserzione mesenteriale ricacciando in avanti e in alto l'intestino tenue. Ciò spiega come si fosse fatta diagnosi di cisti ovarica.

L. Dominici.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

I carboidrati nella nausea e nel vomito della gravidanza.

(V. Harding e B. Watson, *Lancet*, 23 settembre 1922).

Gli AA. accennano anzitutto ai fattori etiologici. Non ammettono una tossiemia materna d'origine fetale, che richieda produzione di antitossina, alla cui deficienza possano ascriversi i disturbi. Ritengono che il rapido accrescimento dell'embrione determina un disturbo del metabolismo materno, specialmente della funzione glicogenica del fegato, il quale se non sufficientemente compensato produce una intossicazione del sangue, sopratutto una acidosi, causa principale dei disturbi: adducono l'argomento che nei casi gravi il fegato all'autopsia è in degenerazione grassa. Paragonano quindi i vomiti gravidici ai vomiti ciclici, acetonemici, dei bambini, e ai vomiti dei diabetici digiunanti. Non negano importanza al fattore neurotico, sia perchè il simpatico ha influenza sul ricambio, e sulle secrezioni interne, regolatrici del ricambio stesso, sia perchè la nevrosi per se stessa può dominare il quadro. Danno qualche importanza anche all'intossicazione intestinale, ma ritengono dannosi i purganti spesso ripetuti; consigliano i clisteri glucosati. La disidratazione sarebbe pure un fattore non trascurabile.

Gli spostamenti uterini agirebbero solo aggravando il fattore nervoso. La febbre aggrava la disidratazione, ed accresce la perdita d'azoto già notevole in queste malate.

Per la terapia gli AA. consigliano l'uso dei carboidrati per correggere la deficienza di glicogeno epatico: secondo i casi aumentano i carboidrati della dieta o ricorrono alle ipodermoclisi o alle fleboclisi glucosate. Quando il fattore neurotico è molto pronunciato consigliano anche il riposo in letto e l'isolamento, nonchè il bromuro per via rettale (da 1,5 a 3 grammi al giorno): le forti dosi sono necessarie solo se la quantità del vomito supera quella delle sostanze ingerite. È utile tenere aperto l'alvo, o con una purga una volta tanto, o mediante lassativi serali, seguiti da clisteri al mattino. La disidratazione si corregge con le bibite abbondanti, ed eventualmente con ipodermoclisi, rettoclisi, fleboclisi glucosate.

I casi lievi sono quelli di semplice nausea, ed eccezionalmente vomito.

I casi medi hanno frequente vomito, con o senza nausea continua; non ittero nè dolore epigastrico. Può esservi disidratazione, e difficoltà a ritenere gli alimenti.

I casi gravi hanno vomito frequente o continuo, dolore epigastrico, ittero, impossibilità di ritenere alimenti, disidratazione.

Nei casi lievi gli AA. consigliano in particolare di astenersi per qualche giorno da cibi azotati, eccitanti, e grassi. Concedono frutta in abbondanza, uova, latte, e cibi idrocarbonati. È bene bere oltre un litro e mezzo di acqua, the leggero o limonata.

Nei casi medi riposo a letto ed isolamento, eventualmente in ospedale. Non conviene tentare la nutrizione orale, salvo che la paziente dimostri appetito. Va dato un clistere semplice ogni mattina, e qualche clistere nutritivo durante il giorno, col 10 % di glucosio, da somministrare lentamente, con catetere fine.

Per bocca la paziente deve cercare di assumere oltre un litro e mezzo di bevande al giorno. L'alimentazione va poi ricominciata con crostini, quindi purea di patate, confetture, gelatina, frutta e legumi. I clisteri vanno continuati finchè non scompaiono i corpi acetonici dall'urina. A quello serale, da abolire per ultimo, si può eventualmente aggiungere un po' di bromuro.

Nei casi gravi occorre l'ospedalizzazione o lo stretto isolamento. Alle cure precedenti si aggiungeranno ipodermoclisi di soluzione fisiologica glucosata al 10 %, o fleboclisi di soluzione fisiologica glucosata al 5 %, fino ad un litro. L'ipodermoclisi riesce dolorosa, onde non si può ripetere spesso, ma ciò può avere un utile effetto psichico. Si dovrà far maggior uso del bromuro, e la sera si potrà dare qualche centigrammo di codeina. La sterilizzazione delle soluzioni glucosate non dev'essere prolungata nè fatta a troppo alta temperatura, onde evitare la caramellizzazione.

Ottenuto un notevole miglioramento si curerà opportunamente la dieta, perchè non sia troppo monotona, pure dando la prevalenza agli idrati di carbonio, il che però non deve significare dieta esclusiva di cereali.

Il controllo del trattamento è facile nei casi lievi. Per i casi medi e gravi occorre tener nota della quantità dei liquidi introdotti, ed esaminare sistematicamente le urine delle 24 ore (aggiungere toluolo per la conservazione).

È buon indizio l'aumento dei liquidi introdotti e dell'urina escreta, nonchè la diminuzione del peso specifico di questa. Se dopo cinque o sei giorni non si nota miglioramento è indicato l'aborto. Sono criteri fallaci, secondo gli AA., quelli fondati sulla frequenza del polso, e sul dosaggio dell'ammoniaca urinaria.

I risultati del trattamento suesposto sono molto incoraggianti, secondo gli AA., se si tiene conto della media dei risultati ottenuti in condizioni diverse. Qualche risultato scoraggiante, ottenuto da osservatori isolati, sarebbe piuttosto da attribuire a deficienza del fattore personale del medico, tanto importante nei casi di grave neurosi. Su 135 casi si rese necessario l'aborto solo in nove, dei più gravi. Vengono riferiti particolarmente quattro casi.

In due di questi venne provocato l'aborto; in un caso perchè vi era pure una pielonefrite, nell'altro perchè la paziente, che aveva già subito una cesarea, desiderava l'aborto e quindi non si giovava del trattamento; d'altronde si presentava come una forma delle più gravi. In un caso si intervenne per via laparotomica per rimettere in posto l'utero, e la gravidanza continuò.

In un altro caso la natura dei vomiti non era stata a tutta prima riconosciuta, e solo dopo si scoperse che la paziente era incinta: essa migliorò molto rapidamente col trattamento, nonostante che la notizia non le riuscisse gradita.

DORIA.

MICROBIOLOGIA.

Tipi di pneumococcni in Italia.

(T. PONTANO. *Annali d'Igiene*, 1922).

Già nel 1913 Gillespie, Cole, Dochez studiando il comportamento dei sieri ricavati da animali iniettati con vari stipiti di pneumococco, avevano potuto dimostrare che mentre nessuna differenza morfologica era in quei pneumococchi dimostrabile, il siero preparato con un tipo mostrava proprietà protettive per animali inoculati con i ceppi dello stesso tipo e non per animali inoculati con ceppi di un secondo tipo, e che a sua volta il siero ottenuto da questi ultimi aveva proprietà protettive verso animali inoculati con lo stesso secondo tipo; un terzo gruppo non dava luogo ad alcun siero protettivo.

In seguito AA. americani distinsero un pneumococco «mucosus» presentante netti caratteri immunitari specifici.

Successivi studi aggiunsero ai caratteri distintivi di ciascun tipo, immunitari, caratteri specifici agglutinanti, onde i diplococchi vennero considerati come non costituenti un tipo unico di germi, ma quattro tipi diversi. Secondo studi recentissimi il tipo II va distinto da un t. II atipico ed il tipo IV in tanti sottotipi. È ovvia l'importanza che tali divisioni hanno sia dal punto di vista diagnostico delle singole epidemie, come dal punto di vista della preparazione dei singoli sieri monovalenti specifici curativi. Dalle ricerche del Rockfeller Institute risulta che per quanto riguarda il tipo epidemico dominante, la percentuale maggiore è data dai tipi I e II con un totale del 64 % dei casi di polmonite, mentre la percentuale minore è data dal tipo III. Viceversa nelle percentuali della mortalità il primo posto è occupato dal III tipo e meno

pericoloso si mostra il tipo IV. Quasi eguali risultati dànno le ricerche inglesi: in Francia predomina il tipo II poi viene il tipo III ed ultimo il tipo I.

Le ricerche che l'A. ha compiuto nella Clinica Medica di Roma riguardano il predominio dei vari tipi di pneumococco in Roma nell'annata 1920-921, lo studio delle forme dell'infezione pneumococcica in rapporto con i vari tipi ed infine l'esame statistico della mortalità in rapporto coi tipi isolati.

Il prof. Pontano per identificare il germe in causa nei singoli malati non si è servito, come gli AA. americani, dell'inoculazione dello sputo pneumonico negli animali di laboratorio ma è ricorso all'emocultura che per l'esatta identificazione del germe dà garanzie maggiori che non l'esame dell'espettorato ove diversi possono essere gli pneumococchi. All'emocultura l'A. ha aggiunto la cultura del materiale ottenuto con la puntura del polmone o con la cultura del liquido purulento articolare.

Tali ricerche riguardano 70 malati: di essi 64 presentavano una polmonite lobare, 3 una pleurite metapneumonica, due un'artrite pneumococcica, uno aveva una meningite pneumococcica primitiva senza lesioni polmonari.

Riassumendo i dati più importanti sulle culture praticate, vediamo che su 70 casi, in 27 il risultato fu positivo; positivo costantemente fu il risultato nella cultura del pus dell'empiema, del pus articolare, del liquor purulento. Nelle polmoniti senza complicazioni l'esame culturale diede il 30 % dei casi positivi.

Nel determinismo di tali risultati, che poco si discostano dai risultati ottenuti con l'emocultura da altri AA. entrano in gioco, secondo l'A.: 1° la giornata nella quale l'emocultura fu praticata, 2° la gravità della forma morbosa.

Fino al IV giorno l'emocultura ha grande probabilità di riuscire positiva, anche nei casi di ordinaria gravezza, ma nei giorni successivi solo nei casi gravi il risultato è in forte percentuale positivo: si può dire che, eccezioni a parte, la batteriemia accompagna lo svolgersi della malattia in tutto il suo decorso nei casi gravi e ne segna un elemento di un certo valore prognostico.

Isolati ed identificati i germi, l'A. ha proceduto alle prove agglutinanti, considerando come positivi solo i risultati macroscopicamente chiari leggendo nelle prove dopo 24 ore di termostato a 37°.

Gli stipiti isolati sono stati 27: 14 del tipo I, 6 del tipo II, 3 del tipo III, 4 del tipo IV cioè:

Tipo I: 51 %; tipo II: 22 %; tipo III: 11 %; tipo IV: 4 %.

Come in tutte le statistiche di tutti i paesi, il predominio spetta al tipo I e II riuniti. Concorda il predominio del tipo I con i risultati dello Strumia di Torino, mentre i francesi dànno come predominante il tipo II sul I.

Su 70 malati l'A. conta 12 morti (16 %), percentuale questa di gran lunga inferiore a quella data da molti AA.

Considerando la mortalità a seconda del tipo predominante di pneumococco nei casi dell'A. si osserva che mentre la mortalità si mantiene eguale per i tipi I e II, la proporzione è minore per il tipo IV; per il tipo III la proporzione si inverte. Queste cifre concordano con quelle del Rockfeller Institute nel dar il predominio nella virulenza al tipo III la cui presenza in circolo dovrebbe aggravare la prognosi, per quella parte che si riferisce alla virulenza dello stipite, lasciando al clinico tutti gli altri elementi riguardanti la costituzione del malato, la integrità o meno degli organi di difesa ed eliminatori ecc.

Osservando il decorso clinico dei casi esaminati, l'A. non trova nei guariti differenze apprezzabili anche se determinati dai vari stipiti di pneumococchi. Per quanto riguarda le complicanze, sembra che il tipo I sia quello che più frequentemente dà luogo ad empiema ed a localizzazioni articolari. Il tipo IV è stato identificato in un caso di meningite pneumococcica primitiva, rapidamente letale.

MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BING R. *Kompendium der topischen Gehirn und Rückenmarks-Diagnostik.* Wien, Urban e Schwarzenberg, 1922. — Mk. 396.

Dal 1909 ad oggi l'opera del Bing ha già avuto 5 edizioni ed a questa comparsa ora l'A. ha conferito maggiore sviluppo, approfittando non solo delle numerose osservazioni anatomo-patologiche comparse, ma anche della esperienza che l'osservazione dei feriti di guerra ha permesso di acquistare. Il problema delle localizzazioni sia nel midollo che nel cervello è affrontato dall'A. con particolare chiarezza illustrando la trattazione di ogni parte con nitide figure schematiche particolarmente dimostrative. Questo compendio del Bing si presenta, fra le numerose opere di semeiologia e diagnostica del sistema nervoso, come una utile guida non solo al neuropatologo ma particolarmente al medico pratico.

Tr.

ACHARD. *L'encéphalite léthargique.* In-8 piccolo Pag. 324. Baillière, Paris, 1921.

Dopo la colossale letteratura (e le centinaia di citazioni costituenti l'indice bibliografico di questo volume possono darne un'idea) comparsa su l'encefalite epidemica, un libro d'insieme fa piacere ed è di tranquillante lettura.

Lo studio dell'Achard comprende tutto il capitolo dell'encefalite epidemica: dai dati storici alla sintomatologia, dalla diagnosi alla terapia. L'A. approfitta, fin che può, dei numerosi lavori comparsi in tutti i paesi: e vi aggiunge una ricca messe di osservazioni personali.

Sicchè questo libro non è soltanto un'interessante esposizione della malattia, finora frammentariamente trattata negli articoli dei singoli osservatori e a seconda dei diversi punti di vista, ma è un utilissimo lavoro d'insieme, che, di fronte ad un dubbio, ad un problema, ad un'osservazione permette rapidamente di cercare quello che è stato, a tal proposito, osservato o scritto, dando modo di orientarsi, di istruirsi, e di trovare gli eventuali punti di partenza per l'ulteriore studio, con grande economia di tempo.

E per questo anche il lavoro colma un bisogno, che si faceva sentire agli studiosi.

Ci auguriamo che, fra qualche anno, un analogo libro riunisca in un capitolo organico i postumi dell'encefalite, che costituiscono oggi ancora oggetto di studio in pieno sviluppo.

g. sabatini.

ZANELLI C. F. *Causalgie.* Pag. 116, Bologna 1921. Lire 15.

Questa monografia, che esce dalla Clinica delle malattie nervose diretta dal prof. Mingazzini, riprende lo studio di una sindrome morbosa, ancora incompletamente definita, che è stata rimessa in discussione dalla casistica della guerra.

Lo Zanelli, portando un contributo personale di sette casi, fa una esposizione sempre assai chiara della forma morbosa dei lavori, sopratutto francesi, che si sono accumulati negli ultimi anni, sull'argomento, posando volta a volta i problemi, che si sono presentati al patologo e al clinico.

È sopratutto la forma piana e lucida, con cui la monografia è scritta, che rende piacevole e veramente istruttiva la lettura di questo poco noto capitolo di patologia nervosa.

g. sabatini.

SCHOLZ. *Anomale Kinder.* — Prezzo: Marchi 200. — Editore Karger, Berlino.

È un lavoro notevole per l'abbondanza del materiale di studio, per l'efficacia descrittiva che rivelano nell'Autore un fine intuito psicologico.

I primi capitoli sono dedicati alle cerebropatie ed alle psicopatie dell'infanzia; i successivi, più numerosi, più lunghi e più interessanti sono dedicati alle anomalie psichiche dei ragazzi, che non varcano decisamente i confini della patologia e che pur rendono inadatti o incapaci i soggetti alla vita sociale.

Una buona parte del volume è dedicata alle cause di queste anomalie ed al loro trattamento.

Dr.

W. STEKEL. *Psychosexueller Infantilsmus.* — Prezzo: Marchi 192. — *Impuls Handlungen.* — Prezzo: Marchi 200. — Editori Urban e Schwarzenberg, Berlino - Vienna.

Questi due volumi continuano il ponderoso trattato sul sessualismo, sui pervertimenti e le inversioni sessuali, la cui pubblicazione l'A. ha iniziato da un anno circa. Abbiamo già dato notizie dei primi quattro volumi. Il quinto ed il sesto sono intonati al medesimo metodo: la stessa ricchezza di materiale, lo stesso spirito critico informato al pansessualismo di Freud.

Dr.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 15 agosto 1922.

Presidenza: Prof. TORQUATO LEGNANI.

Una forma rara di dissenteria da protozoi.

Dott. ETTORE TIBALDI. — L'osservatore tratta di un individuo di 44 anni che improvvisamente venne colto da coliche violente con febbre elevata (39°) che andò man mano declinando colla somministrazione di bleu di metilene. Nelle feci all'esame a fresco l'O. rilevò la presenza di grande quantità di flagellati, dotati di un vivacissimo movimento di rotazione a cavaturacciolo e di translazione data dalla vibrazione di ciglia. In una serie di preparati a secco coi vari metodi di colorazione delle modificazioni del Romanowski l'O. mette in evidenza la morfologia del parassita che si presenta con dimorfismo molto accentuato come avviene normalmente nei flagellati intestinali e nelle forme adulte; mette in evidenza un numero costante di ciglia.

Accanto a queste forme si trovano forme sicuramente incistate ed altre in via di divisione. L'O. ritiene trattarsi del Chilomastic Mezunli Wenyon, appartenente alla classe dei Mastigophon ordine Polymastigina famiglia Tetramitidae genere Chilomasti, noto produttore di enteriti qualche volta molto resistenti anche ai medicamenti. L'ammalato presentava un quadro piuttosto grave, specie all'inizio, occhiaie infossate, lingua secca, pelle arida stirata, dolori addominali, scariche diarroiche abbondanti; dopo la somministrazione di un purgante salino e del bleu di metilene con la scomparsa dei parassiti i sintomi clinici si vennero man mano attenuando sino a guarigione.

Un fibro-mixo-sarcoma dei polli e le sue affinità cliniche ed isto-patologiche coi tumori umani.

Dott. REINA GUIDO. — L'O. tratta la questione dei tumori maligni dei polli, riferendosi in modo speciale agli studi di Fuijami in Giappone, di Rous in America e del Pentimalli in Italia, dai quali risulta che l'agente di tali tumori è virus separabile dalle cellule neoplastiche, filtrabile attraverso alla candela di Berkefeld resistente al disseccamento sull'acido solforico ed alla glicerina, ecc.

Presentando un caso di fibro-mixo-sarcoma peritoneale riscontrato in un pollo, ne mette in evidenza la fine struttura isto-patologica, trattando altresì la genesi dell'ascite adiposa concomitante attraverso ad una serie di preparati microscopici. Dimostra che la somiglianza tra gli speciali fenomeni che la neoplasia presenta e la sindrome patologica delle neoplasie umane è perfetta, sia in rapporto alla cachessia mortale che ha prodotta, per le numerose metastasi riscontrate, per il potere invadente e distruttivo per i tessuti vicini, ecc. All'osservatore tale somiglianza fa pensare, nella quasi indiscutibile certezza che i tumori dei polli siano causati da un virus filtrabile vivente, che anche nelle neoplasie maligne dell'uomo ci si possa sempre più avvicinare all'ipotesi parassitaria.

Miasi intestinale.

Dott. ETTORE TIBALDI. — Nella comunicazione l'O. tratta di una giovane di trent'anni che nel pieno benessere fu colpita da disturbi gastro-enterici con sintomatologia nervosa riflessa e un esame accurato delle feci rilevò la presenza di larve di Sarcofaga Beckeri specie mediterranea, nota produttrice di miasi umana, già ricordata nell'Africa del Nord, Canadà, mezzogiorno d'Italia e Italia settentrionale sul Lago di Garda. L'O. mediante appositi terreni di cultura riuscì ad ottenere delle crisalidi dalle larve appena emesse e un'abbondante generazione di Sarcofaga adulte.

L'ammalata che da diversi giorni emetteva una grande quantità di queste larve dietro somministrazione di evacuanti salini, vide man mano scomparire i disturbi sopraricordati, e nel contempo cessò l'emissione delle larve.

Un caso di trasmissione di mal rossino (bacterium crisipelatis suum) dal maiale all'uomo.

E. PARIGI. — Il caso riguarda un giovane macellaio che si infettò lavorando carne di maiale abbatuto perchè affetto da mal rossino.

L'infezione iniziatasi alla mano destra dopo un periodo di incubazione di circa 24 ore, esordì con un forte dolore e con un eritema rosso vivo che rapidamente si diffuse a tutto l'arto superiore destro; in seguito fu colpito l'arto a sinistra, il tronco e la parte superiore delle coscie. Alla febbre elevata si associò nausea, vomito e senso profondo di abbattimento.

L'energica cura disintossicante, la dieta lattea ed il riposo, e l'applicazione di bagnoli caldi all'acetato basico di piombo sulle regioni eritematose, valsero a favorire l'andamento benigno dell'infezione che si risolse con un abbondante desquamazione cutanea.

La diagnosi clinica fu confortata dalle ricerche culturali e fisiologiche per le quali ultime ebbesi il quadro anatomo-patologico della setticemia da mal rossino, colla presenza del *bacterium eresipelatis suum* nel sangue, nei gangli linfatici e nella milza dei topi e dei piccioni, che ebbero a soccombere in seguito all'infezione provocata.

L'O. mette in evidenza l'importanza del caso per l'accertata trasmissibilità dall'animale all'uomo e per i provvedimenti igienici profilattici che si impongono.

Dott. GUIDO REINA.

Società Medica di Parma.

Seduta del 2 giugno 1922.

Presidente: Prof. A. VALENTI.

Un nuovo segno dell'adenopatia tracheo-bronchiale nei bambini: la dilatazione delle vene toraciche-epigastriche. — Nota preventiva.

Prof. O. COZZOLINO. — Afferma di aver richiamato in questi ultimi tempi la propria attenzione su questo non infrequente segno (non ancora de-

scritto) in bambini, ordinariamente al disotto dei 3 anni, sofferenti di adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare confermata dalle ulteriori indagini cliniche, biologiche e radiologiche. Ne illustra, in base ai dati anatomici, l'origine quale effetto della compressione della vena cava superiore, situata quasi immediatamente in avanti e a destra della trachea. Lo dichiara un segno più frequente del sovente concomitante circolo venoso collaterale pretoracico. S'impromette suffragarlo con ulteriori indagini più approfondite.

Rachitismo in lattante con cianosi congenita.

Id. — Bambina di 8 mesi, con tipica cianosi da cardiopatia congenita (radiologia del cuore), senza però nè fremiti alla palpazione, nè soffii all'ascoltazione. Rachitismo florido clinicamente e radiologicamente accertato. L'O. rileva che questo caso infirma l'assolutismo della tesi sostenuta da Feer e da Edlefsen, che i bambini con cianosi congenita non diventano mai rachitici e l'importanza che esso può perciò offrire nei riflessi della dottrina patogenetica del rachitismo di Wachsmuth («asfissia dell'osso in via di sviluppo»).

La reazione di Dold nella sierodiagnosi della sifilide.

Dott. L. Bonacorsi. — Riferisce i risultati della nuova sieroreazione di Dold, o reazione di intorbidamento, a paragone della reazione di Wassermann e di quella di Sachs-Georgi, in 50 individui sicuramente luetici e 200 sicuramente non luetici. La reazione di Dold, di tecnica semplicissima, presenta il vantaggio di dare il responso in quattro ore, ed ha dato risultati concordanti nel 92 % dei casi con le altre due.

Alcune ricerche sulla epilessia.

Dott. A. Catalano. — L'O. comunica il risultato di alcune ricerche a proposito delle due recenti teorie patogenetiche sulla epilessia: quella acidosica del Cuneo e quella anafilattica da proteine tiroidee abnormi del Buscaino.

Le conclusioni desunte dall'esito delle ricerche fatte e dall'analisi dei lavori del Cuneo e del Buscaino stesso, sono poco favorevoli alle due teorie.

Le ricerche effettuate hanno anche valore di contributo specie rispetto alla efficacia terapeutica del borato di sodio nella epilessia.

Sulla cosidetta emoclasia digestiva come prova di insufficienza epatica e sul significato delle variazioni leucocitarie che si verificano durante la digestione gastrica.

L. Ponticaccia e C. Lusignani. — Riferiscono l'esito di 150 prove eseguite su 600 soggetti, certamente epatici, certamente non epatici, e probabilmente epatici, concludendo che la prova dell'emoclasia, è presente nei soggetti sicuramente non epatici assai più spesso che nei soggetti epatici o supposti tali, che la leucopenia digestiva si ha anche per ingestione di acqua e di sostanze non albuminose, e che essa si verifica sopratutto in individui che dimostrano un'insufficienza delle funzioni gastriche. Pertanto la prova stessa, non è un segno d'insufficienza epatica, ma piuttosto di insufficienza gastrica.

Sui metodi di dosaggio dell'acido urico nel sangue.

Pupilli G. — L'O. esamina le cause che impediscono la diretta applicazione al sangue dei metodi di dosaggio più in uso per l'acido urico urinario. Comunica poi le ricerche comparative da lui fatte su tre metodi proposti in questi ultimi anni: il M. Folin e Denis, il M. Curtman e Lehrmann, il M. Grigaut.

Tutti e tre i metodi dànno resultati con perdite — più sensibili per il M. Folin e Denis e per quello Curtman e Lehrmann, assai minori per il M. Grigaut —, dovute sopratutto alla dealbuminazione del materiale in esame. Il M. Folin e Denis porta ad errori in difetto anche in rapporto alla solubilità 1:100,000 del precipitato di urato argentico magnesiaco.

Usando come dealbuminante l'acido tricloroacetico e seguendo particolari cautele nella tecnica, l'O. ha ottenuto resultati teorici col M. Curtman e Lehrmann (per il dosaggio dell'acido urico libero ed in combinazione salina) e col M. Grigaut (per il dosaggio dell'acido urico totale = acido urico libero ed in combinazione salina + acido urico in combinazione organica).

Craniectomia e cranioplastica.

Tosatti C. — L'O. descrive un nuovo metodo di cranioplastica da lui usato con ottimo risultato immediato e a distanza (8 mesi di osservazione) e di cui mostra radiografie. Ad impedire l'avallamento del disco di trapanazione o dei pezzi di cranio staccati in caso di frattura traumatica, volendo farne il reimpianto, l'O. taglia una listerella di metallo resistente, larga circa un centimetro e lunga in modo da sorpassare il pezzo da reimpiantare per circa un centimetro tanto da una parte che dall'altra.

Con un perforatore pratica uno stretto foro al centro dell'asticciola corrispondentemente al centro del pezzo da reimpiantare. Con una vite di Lambotte cortissima passa solidamente l'asticciola al pezzo guardando che la punta di questa non sporga alla faccia interna dell'osso nella qual evenienza la vite dovrà essere tagliata, per quel tanto che sopravanza, con una pinza di Luer. Il lembo viene così collocato entro la breccia cranica da colmare. Esso non potrà avallarsi entro il cranio: infatti l'asticella metallica, funzionando da sbarra con robusto punto d'appoggio sul limitrofo cranio intatto, impedisce l'infossamento dello sportello osseo col quale viene a far corpo.

Dovendo il reimpianto opporsi ad un eccesso di tensione endocranica (si dovranno praticare tre fori nell'asticciola metallica) e ad ognuno di questi applicare una vite di Lambotte e cioè oltre a quella al centro del disco da reimpiantare, altre due che vengono a frapporsi sul bordo intatto della breccia cranica. Il metodo si può usare in primo e in secondo tempo.

M. Camis.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ascesso intracranico silenzioso.

Aboulker (*La Presse médicale*, 1922, n. 4) osserva che nella pratica comune si è abituati a diagnosticare la presenza di un ascesso intracranico in base alla sintomatologia ben nota, che appare soltanto tardivamente quando le lesioni determinatesi sono di tale entità, che spesso rendono inutile ogni intervento. Importante è invece il conoscere come l'ascesso intracranico può rimanere silente per lungo periodo di tempo, di mesi, qualche volta anche di anni, dando soltanto scarsi sintomi che però sono caratteristici e costanti.

Esistono nel cervello delle vaste zone completamente mute, quali i lobi temporo-sfenoidali e la parte anteriore del cervelletto, zone che sono sede abituale degli ascessi cerebrali da suppurazioni nasali e otitiche, che sono le più frequenti tra le cause di raccolte encefaliche, e per cui possono determinarsi vaste distruzioni senza che si manifesti alcun sintoma ben chiaro.

In molti casi infatti di morte improvvisa, variamente diagnosticati, come sorpresa di autopsia si trova talora un'abbondante raccolta di pus intracranica, e ciò perchè l'ascesso encefalico al periodo di formazione, al periodo di stato e fino al periodo precomatoso può essere un'affezione ambulatoria in modo che la perdita di coscienza n'è il primo sintoma apparente.

Non ultima causa di questi errori di diagnosi e d'accertamento è il fatto che tutti i Trattati di patologia danno come caratteristici fenomeni dell'ascesso intracranico i sintomi dovuti all'ipertensione cerebrale e ad una lesione a focolaio. L'A. in una serie di casi, che riporta, ha potuto constatare che i sintomi a focolaio sono estremamente rari e quelli dovuti all'ipertensione molto tardivi, mentre constantemente fin dall'inizio dell'affezione riscontrasi obnubilazione intellettuale con depressione psichica, obnubilazione che spesso nasconde anche l'altro sintoma costante che è la cefalea.

La cefalea ed un stato di depressione psichica, il cambiamento di carattere in un otitico o in un individuo affetto da una suppurazione al naso, sintomi che spesso fanno pensare ad una nevrastenia, debbono invece mettere subito in sospetto. Ricercando allora attentamente ci si confermerà nella diagnosi di ascesso cerebrale che in questi casi iniziali è di molto più facile accesso e passibile ancora di cura chirurgica.

La sintomatologia classica dell'ascesso encefalico appartiene piuttosto alla meningite asettica ipertensiva, che può coesistere coll'ascesso.

L'intervento secondo l'A. deve essere praticato constantemente sotto anestesia locale, escludendo assolutamente la narcosi cloroformica che dovrebbe essere proscritta in tutti i casi in cui si sospetta una complicazione meningo-encefalica.

CIOTOLA.

Storia naturale dell'encefalite letargica.

Il problema della encefalite letargica è studiato in un rapporto redatto per il governo inglese da Allan e Parsons, con l'aiuto di A. Salusbury, MacValty ed I. R. Perdrau, e che prende in considerazione 1250 casi avutisi in Inghilterra nel 1919 e 1920 e 1243 casi di bibliografia (*The Lancet*, 7 ottobre 1922).

Benchè il quadro della malattia si sia venuto via via allargando, la febbre, il letargo e la paralisi degli oculomotori restano i principali elementi diagnostici.

Nel periodo prodromico si può avere un'affezione catarrale, specialmente una congiuntivite. Vi può essere un cambiamento dell'attitudine mentale, nella forma di cambiamenti emozionali, di apatia, di irrequietezza somma e sonnolenza. La sicurezza della diagnosi è maggiore quando si ha pure cefalea, vertigine, astenia, diplopia, diminuzione della acutezza visiva.

Nel periodo acuto i caratteri tipici sono: la piressia iniziale, l'attitudine caratteristica, imbambolata della faccia, il profondo stupore, dal quale il malato può essere destato e che nei primi stadi si alterna col delirio, l'astenia, la rigidità, i cambiamenti della parola, la ritenzione dell'urina, i tremori, il vomito precoce, la costipazione ostinata. Si possono avere periodi di remissione. Nelle forme con localizzazioni è importante la natura progressiva delle paralisi. Le paralisi possono scomparire mentre se ne presentano delle altre.

Frequenti sono pure le lesioni bilaterali, sebbene non perfettamente simmetriche, ma più evidenti da un lato. Quasi decisivo per la diagnosi è il carattere transitorio delle paralisi dei nervi cranici, quando queste sono presenti. Importanti sono anche la frequenza delle fibrosi, la paralisi dei muscoli oculari, la diplopia, la paralisi facciale e la incoordinazione dei bulbi oculari.

La paralisi facciale bilaterale, che è rara in qualunque altra evenienza, è frequente nella encefalite.

Si può avere un inizic acuto, apoplettiforme. Anche un certo grado di neurite ottica è fra i sintomi possibili.

Quanto alla etiologia, i lavoratori sedentarii sono più colpiti, l'età più esposta è quella fra i 10-20 anni e va congiunta ad una maggiore probabilità di guarigione.

Il metodo d'infezione rimane oscuro: ma vi è un certo numero di casi che depone per una infezione per contatto. Sembra anche assai probabile che si abbiano dei portatori sani. MacIntosh è riuscito a trasmettere il virus ad una scimmia. Verdran ha confermato i risultati di Levaditi sulle relazioni fra il virus encefalitico e quello dell'herpes: ed è riuscito a proteggere dall'infezione un coniglio, inoculandogli nella pelle il virus vivente. Infine le ricerche recenti tendono a considerare certe forme di paralisi agitante, che presentano molte anomalie, come facenti parte del complesso quadro sintomatico dell'encefalite.

SERENI.

Il dolore ed il suo trattamento.

Il dolore, dice A. Hoche (*Deut. Med. Wochensc.*, n. 37, 1922), nasce dalla combinazione di una sintesi di stimoli, che partono da vie nervose, e di un processo psichico. A seconda dell'evoluzione della psiche, la stessa alterazione di tessuti può determinare un dolore molto intenso, un dolore lieve, oppure nessuna sensazione dolorosa.

Si deve ammettere che al grado odierno di civiltà esiste per l'umanità molto più dolore che non nelle epoche anteriori. Dolore si può manifestare soltanto dove esiste conduzione nervosa; molte alterazioni anche gravi di sostanza e di vie nervose possono però non determinare alcun dolore (siringomielia, paralisi progressiva, malacie arteriosclerotiche, compressione midollare, ecc.). È suscettibile di dolore sopratutto ciò che è direttamente esposto a danni dall'esterno, sopratutto perciò la estremità e la superficie cutanea. Dei tessuti ed organi interni, alcuni (p. es. le sierose) sono suscettibili di sensazioni dolorose, altri (p. es. il polmone) non lo sono affatto: nell'ultimo caso però la cognizione di processi patologici esistenti ci perviene egualmente, perchè sono suscettibili di dolori gli involucri esterni e il tessuto interstiziale di questi organi muti.

I processi elementari, ai quali si possono ridurre tutte le alterazioni che dànno luogo al dolore, sono: o meccanici (pressione, tensione, infiltrazione) o chimici, o termici (grandi squilibrii di temperatura). Il dolore può essere limitato alla regione lesa o lungo il nervo ammalato (p. es. sciatica), o irradiarsi al territorio di distribuzione del nervo che è leso oppure che parte da radici o segmenti ammalati (p. es. dolori lancinanti della tabe); infine il dolore può venire proiettato falsamente in zone periferiche: probabile origine delle zone di Head (stimoli che da organi interni arrivano al segmento midollare corrispondente).

È importante il fatto che un dolore netto e ben localizzato può venir generato per via puramente psichica, senza che esista alcuna reale alterazione dei tessuti. Dolori intensi, specialmente se duraturi, determinano notevoli alterazioni generali: o di natura riflessa (accelerazione del polso, aumento della pressione del sangue, pallore, sudore) o di natura riflessa e psichica insieme (gemito, grido) o di natura puramente psichica (stimolo al movimento, irrequietezza, irritazione).

Il trattamento del dolore è nella maggior parte dei casi una cura puramente sintomatica. La cura può esser locale (calore, massaggio, sanguisugio, galvanizzazione, pennellazione faradica, iniezioni di alcool nel nervo per impedire la conduzione, ecc.), oppure centrale (cure suggestive ed ipnotiche, antinevralgiche, narcotici: scopolamina, alcool, morfina).

POLLITZER.

SEMEIOTICA.

L'adrenalina come mezzo pronostico.

Il dott. Sévéryn Sterling (*Paris Méd.*, 9 settembre 1922), consiglia l'iniezione ipodermica di 1 cmc. di una soluzione 1/1000 di adrenalina come mezzo prognostico nelle malattie acute. Una reazione ben evidente e violenta indica che l'organismo ha notevoli riserve ed è un segno favorevole anche quando contrasta a tutti gli altri sintomi, specialmente in casi d'influenza complicati con affezioni polmonari o pleuriche. Nel sano l'iniezione è seguita da pallore del viso, talvolta da cardiopalmo, da pulsazione delle arterie temporali, da accelerazione del polso, da tremore delle mani, e da un lieve aumento della pressione del sangue. Nei malati questi sintomi sono esagerati, e si ha senso di angoscia e di oppressione; la frequenza del polso aumenta di 30-60 battiti, e la pressione giunge a 200 mm. di Hg. L'assenza della reazione non ha valore assolutamente sfavorevole, dato il gran numero dei fattori che entrano in giuoco.

SERENI.

La prova dell'adrenalina nei diabetici.

W. H. Veil e A. Reisert (*Deutsches Archiv*, Leipzig, 1922) hanno studiato in dodici diabetici il comportamento della reazione glicemica, della reazione vasomotoria, della glicosuria, della acidità urinaria, dell'acetonuria ed infine del tenore in CO_2 dell'aria alveolare, in seguito all'iniezione di un mmg. di adrenalina.

In un caso di diabete benigno la glicemia era normale; esagerata in cinque casi di diabete grave, irregolare in sei forme di diabete legato a lesioni nervose.

La reazione vasomotrice di ipertensione era normale nel caso di diabete benigno, in generale diminuita nei cinque casi di diabete grave, sempre diminuita nei casi di diabete di origine nervosa presentanti glicemia ritardata.

La glicosuria si è mostrata in rapporto con la glicemia nei diabeti gravi, mentre nei diabeti benigni e in quelli di origine nervosa la glicosuria non seguiva la glicemia: la vagotonia sembra esercitare un'azione inibitrice sull'eliminazione renale dello zucchero. L'aumento dell'acidità urinaria, la comparsa o l'accentuazione dell'acetonuria sono stati anche constatati nei diabetici, ma il regime alimentare si è dimostrato a tal riguardo di importanza capitale.

Le cifre indicanti la tensione intraalveolare del CO_2 hanno dato agli AA. con l'apparecchio di Haldane, una discesa dei valori di 4-5 mm. entro i 50-60 minuti.

La prova dunque dell'adrenalina fornisce indicazioni interessanti al punto di vista della prognosi del diabete mellito, mentre dal punto di vista della patogenesi mette in evidenza l'importanza del sistema nervoso della vita vegetativa; sembra che nel diabete grave sia regola coincidere il deficit parasimpaticotonico con la simpaticotonia. MONTELEONE.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro l'endemia gozzo-cretinica.

Questa endemia, poco conosciuta e generalmente trascurata, in certe provincie dell'Alta Italia costituisce un vero flagello; vi sono comuni della provincia di Brescia con il 10 % di gozzuti, altri della provincia di Bergamo e di Sondrio con il 4 % di cretini; altri (provincia di Sondrio) in cui il 75 % dei fanciulli presenta ipertrofia della tiroide; nè mancano focolai in altre provincie: ne ha scoperti diversi il prof. Pighini a Reggio Emilia, ve ne sono in Liguria, nel Lazio, nel Salernitano, in Sicilia. Ben poco si è fatto da noi nel passato nonostante la buona volontà dimostrata da qualche solitario; il prof. U. Cerletti aveva raccolto molti dati in proposito, il prof. Grassi aveva stabilito un centro di ricerche sperimentali in Val d'Aosta ed in Valtellina, il prof. Sanarelli da Sottosegretario all'Agricoltura aveva tracciato un progetto di legge per lo studio, la profilassi, la cura, progetto che i successori hanno sepolto nell'oblìo; i proff. Tamburini e Tedeschi avevano fondato un Comitato d'azione, tutte iniziative non sorrette nè dalla pubblica opinione nè dai governi o dagli enti pubblici, e rapidamente cadute.

Da qualche tempo si nota in Italia un salutare risveglio, che va salutato con compiacimento: nel 1920 il Pighini pubblicò una monografia, con molti dati statistici e con numerose analisi di acque, osservazioni geologiche ecc., sulla endemia gozzo-cretinica nelle provincie veneto-lombarde ed in quella di Reggio-Emilia. Nel 1921 il Congresso della Società italiana di Neurologia nominò una Commissione (prof. L. Bianchi, E. Lugaro, U. Cerletti) con l'incarico di preparare i documenti di propaganda per una campagna di lotta contro tale endemia; ad opera di Lugaro e di Cerletti sono uscite di fatto in quest'anno due pubblicazioni, nelle edizioni dell'Istituto italiano di Igiene, previdenza ed assistenza sociale (1).

Tali pubblicazioni sono destinate a far conoscere la necessità di porre un argine a questa endemia che deturpa le popolazioni delle nostre valli alpine, e sono illustrate, specialmente quella del Cerletti, da numerose fotografie che mettono in evidenza il triste fenomeno.

La Direzione generale di Sanità ha messo a disposizione un contributo di L. 4000 che sembra venga destinato ad iniziare gli studi. Purtroppo manca finora persino un preciso

---

(1) Reggio Emilia. Cooperativa Lavoranti tipografi, 1920

censimento dei gozzuti e dei cretini, sicchè non si conosce esattamente l'estensione dell'endemia; mancano conoscenze sicure sulla causa, quindi la profilassi può essere soltanto indiretta. Il Lugaro ritiene (1) che la profilassi e ad un tempo la cura di queste forme di cui le estrinsecazioni — il gozzo ed il cretinismo — non sono che gradi diversi di un unico processo morboso, debbano consistere nella cura tiroidea applicata precocemente su larga scala.

Sembra però che non debbano trascurarsi i buoni risultati ottenuti con le cure jodiche. Qualche anno fa D. Marine e O. P. Kimball (2) in una città dei Grandi Laghi (Stati Uniti) dove avevano trovato il 56 % di scolari con ipertrofia tiroidea avevano dato sistematicamente ai più piccoli sciroppo di acido jodidrico e sciroppo di joduro di ferro (1 cmc. al giorno per 2-3 settimane, in due periodi all'anno), nei più grandi joduro di sodio (da 2 a 4 g. a dosi di g. 0.2-0.4 per ogni giorno di scuola, in due periodi annuali). Più recentemente si sono fatte numerose distribuzioni di jodio nella Svizzera, sempre limitandole agli scolari. Ad Adliswil si sarebbero ottenuti risultati notevoli con l'ingestione settimanale di una pastiglia contenente 1 mg. (*sic*) di joduro di potassio (3); nel Cantone di S. Gallo, si dànno tavolette di cioccolata contenenti 5 mg. di jodio in forma di jodostarina ed 1 mg. di joduro di potassio; in ragione di 30-40 tavolette il primo anno, 12 il secondo, 8 nei seguenti (3).

Molto usata nel Vallese e nel Cantone di Appenzel è anche la profilassi generale basata sull'uso di sale da cucina con l'aggiunta di un composto jodato, che la Commissione federale del gozzo ha fissato a g. 0.25-050 per 100 kg. (4); oltre a questo sale va messo a disposizione del pubblico anche quello comune.

Ci sembra che, in considerazione dei buoni effetti riscontrati negli altri paesi, si dovrebbe anche da noi orientare la profilassi-cura, verso la somministrazione di jodio, certamente più semplice, più economica e meno pericolosa della somministrazione di preparati tiroidei, la quale dovrebbe venire sempre fatta sotto continuo controllo medico.

Sono di fatto in corso in Italia (5) esperienze profilattico-curative terminate le quali la Direzione dell'Istituto di igiene, previdenza, assistenza sociale promuoverà la preparazione e la messa in commercio del sale jodato.

A. FILIPPINI.

(1) Prof. E. LUGARO. *Per la cura e la profilassi dell'endemia gozzo-cretinica.*
Prof. U. CERLETTI. *Contro un grave flagello d'Italia: L'endemia gozzo-cretinica.*

(2) Journal of American medical Association, 1° dicembre 1912.

(3) HUNZIKEL e M. WEISS. Schweiz. med. Wochens., 1922, n. 3.

(4) Difesa sociale, settembre 1922.

(5) Revue méd. de la Suisse Romande, settembre 1922.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Trapianti testicolari ed interstiziali.

Secondo i risultati segnalati da varî autori, mediante l'innesto di testicoli si potrebbe ottenere la comparsa di caratteri sessuali secondari ed anche della funzionalità sessuale in giovani che ne erano privi, oppure un ritorno della vita sessuale in vecchi che l'avevano perduta.

Questi benefici effetti sono dai più ritenuti dipendenti dall'azione dell'elemento interstiziale della ghiandola spermatica.

G. Bolognesi (*Journ. d'Urolog.*, n. 3, settembre 1921) a verifica di questo asserto, si è proposto di innestare testicoli ridotti al solo elemento interstiziale. A tale scopo egli praticava prima sui testicoli da innesto delle epididimo-deferentectomie totali, ottenendo in alcuni casi, come risulta dall'esame microscopico, la scomparsa dell'elemento seminale ed una ipertrofia ed iperplasia delle cellule interstiziali tale da ridurre il testicolo ad un piccolo organo di solo tessuto interstiziale.

Ebbene l'A. ha visto che, mentre l'innesto di un testicolo normale ha un effetto eccitante sulla funzionalità sessuale, l'innesto di solo tessuto interstiziale non ne ha nessuno.

L'A. perciò, nega qualsiasi valore all'elemento interstiziale e crede i benefici effetti degli innesti testicolari siano dovuti al riassorbimento del tessuto epiteliale seminifero.

G. MATRONOLA.

VARIA

Il contrabbando della cocaina.

Le leggi repressive del cocainismo che quasi tutti gli Stati d'Europa e d'America hanno promulgate dopo la guerra, quando cioè il flagello aveva già assunte proporzioni allarmanti, non sembra abbiano dato finora risultati soddisfacenti.

In Francia ad esempio dove la repressione esercitata con legge speciale dura da oltre sette anni ed è esercitata con sempre maggior rigore il cocainismo lungi dal diminuire è in continuo e progressivo aumento. I centri di traffico si moltiplicano ed il vizio si è diffuso da Parigi a tutte le provincie. Gli spacciatori della polvere folle sono acciuffati in numero maggiore, un po' perchè la sorveglianza si è fatta più intensa e più accorta, ma sopra tutto perchè il numero dei colpevoli è cresciuto senza misura. Le condanne per commercio abusivo di cocaina furono 53 nel 1916 ed aumentarono ogni anno fino a raggiungere il numero di 212 nel 1921.

In effetti il traffico della cocaina se è diventato più difficile e più pericoloso è diventato anche più rimunerativo.

A misura che le leggi diventano più severe e la loro applicazione più rigorosa la borsa della cocaina segna sempre nuovi rialzi. Un chilogramma di cocaina che un anno fa costava mille lire, ora ne costa tremila. E ciò non perchè il costo di produzione sia aumentato o la produzione sia diminuita, ma perchè la merce è più ricercata. Da notarsi che il prezzo della cocaina sia aumentato malgrado il fantastico deprezzamento della moneta d'acquisto, il marco, del paese che ha ora il triste vanto di preparare in quantità ingenti la droga fatale.

Corrispondentemente, ma in misura sensibilmente maggiore, è aumentato il prezzo della vendita a minuto. Un grammo di vera cocaina costa attualmente in media circa cento lire. E questo prezzo subisce delle oscillazioni a seconda delle riserve, in seguito al risultato di operazioni della polizia, a seconda del luogo, a seconda del compratore.

Il cocainomane sprovvisto del suo eccitante è disposto a tutti i sacrifici per procurarsene. I prezzi più eccessivi sono accettati senza discussione e senza proteste, e quando l'intossicato è senza danaro non esita a vendere tutto ciò che possiede, a spogliare la sua casa, a rubare, ad uccidere piuttosto che vivere senza cocaina.

Creare il cocainomane è per gli spacciatori un affare. In America la cocaina è offerta alle porte delle università e dei licei, e le prime dosi sono date gratuitamente perchè i trafficanti sono sicuri di recuperare il danaro anticipato.

Non è a meravigliare se un commercio tanto remunerativo sia alimentato da un contrabbando intenso ed audace. La polvere varca le frontiere nascosta da per tutto: nelle calze, nei tacchi vuoti, nelle macchine fotografiche, nelle gomme degli automobili, negli arti artificiali dei mutilati. Dalla Germania viene trasportata in Francia su le ali discrete degli areoplani, distributori di tossico come una volta erano di bombe.

Bande organizzate percorrono tutti i paesi alla ricerca della cocaina che le fabbriche tedesche producono a tonnellate. I contrabbandieri sono sempre più numerosi. In Francia sono trafficanti abituali i ferrovieri dei treni internazionali ed i soldati del corpo di occupazione della Renania. Nè meno intenso è il contrabbando per via di mare. A Napoli sono state recentemente sequestrate tre tonnellate ed a Marsiglia 187 casse di stupefacenti.

Se il traffico all'ingrosso si giova di tutte le risorse che possono essere consigliate dal bisogno di sfuggire alla sorveglianza delle dogane di frontiera, il piccolo commercio si esplica con cautele infinite e con espedienti ingegnosissimi. D'altra parte il piccolo volume della merce facilita la frode. La cocaina è venduta in braccialetti, con orologi falsi, in medaglioni, in mandarini, in scatole di cipria a doppio fondo, in fiori artificiali che hanno sotto i loro petali una piccola cavità riempita con due o tre grammi di cocaina.

In Francia, dove il cocainismo ha assunto proporzioni spaventose, dalla stampa, dalle associazioni politiche, dai medici si reclamano nuovi provvedimenti legislativi, e da qualcuno anche il controllo sulle fabbriche tedesche di prodotti chimici. *dr.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PICCININI P. *Lo stato attuale degli studi sulle applicazioni terapeutiche del Viscum album.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

RONCHETTI VITTORIO. *Due casi di anemia perniciosa da benzolo in operaie di una fabbrica di impermeabili.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

RONCHETTI V. e ZANISI G. B. *Contributo allo studio dei tumori benigni della pleura.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

TONNINI GUALFARDO. *Sei anni di chirurgia nell'Ospedale Bartolini di Mondolfo.* — Senigallia, Tip. Senigalliese, 1922.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le pensioni dei Sanitari.

Il Consiglio di Presidenza dell'Associazione Nazionale medici condotti ha diramato la seguente circolare in data 29 novembre 1922:

«Il Senato non ha potuto discutere la Legge sulle Pensioni dei sanitari avendo la Camera già votato i pieni poteri ed essendo prossimo a votarli esso stesso.

Il pericolo di un rimando indefinito di una Legge così essenziale per i nostri interessi ha costretto il Consiglio di Presidenza a trattenersi qui a Roma per varii giorni ed interessarne gli uomini politici più favorevoli per riparare l'errore commesso di non far discutere la Legge dal Senato al momento opportuno.

Fortunatamente — con l'interessamento validissimo del sen. onorevole Montresor, nonchè degli onorevoli Berardelli e Miceli-Picardi e con la cooperazione del collega on. Falbo, il Consiglio di Presidenza ha potuto conferire con S. E. De Stefani, Ministro delle Finanze, già edotto della grave questione e col comm. Michele Bianchi, Segretario generale del Ministero dell'Interno, i quali hanno benevolmente preso in considerazione le ragioni addotte ed hanno promesso che in un Consiglio dei Ministri assai prossimo — probabilmente quello di domani — sarebbe stato provveduto con Decreto Reale in base alla Legge sui pieni poteri.

Abbiamo così la coscienza di avere ottemperato al maggiore dei nostri doveri e la sicura speranza che il pericolo che incombeva sulla classe sia stato già scongiurato.

Nell'intervista con il comm. Michele Bianchi il Consiglio di Presidenza non ha trascurato di far rilevare gl'inconvenienti della persistenza in poche provincie della condotta piena, e l'altro importantissimo argomento della mancanza di uno stipendio minimo iniziale, unico, ottenendone favorevoli assicurazioni.

Ci siamo affrettati a darvi la lieta notizia per quanto riguarda l'imminenza della promulgazione della Legge sulle Pensioni, assicurandovi che si proseguirà con pari energia per quanto riguarda gli interessi immediati e contingenti della classe.

p. il Consiglio di Presidenza: VACINO.

All'Ordine dei medici di Roma.

Nella riunione del 17 novembre u. s. erano presenti il presidente Gallenga ed i consiglieri Dragotti, Lugli, Paparozzi e Zevi.

Il cassiere Paparozzi espone la situazione finanziaria.

Si decide che il Consiglio debba far rispettare a favore degli attuali utenti i locali adibiti ad uso di studî professionali.

Il presidente Gallenga comunica di essersi recato dall'on. Barzilai, quale Presidente dell'Associazione della Stampa periodica, per metterlo al corrente della quistione della piccola posta redatta dal dott. Ursus sul *Messaggero*. L'on. Barzilai si è impegnato perchè il tenore della piccola posta sia modificato secondo criterî di onestà e correttezza professionale. Dopo vivace discussione si decide di addivenire a provvedimenti diretti qualora l'intervento dell'on. Barzilai non desse risultati concreti.

Si delega il prof. Lugli a rappresentare l'Ordine presso la Commissione dei Clinici che dovrà studiare le proposte delle tariffe per l'ammissione dei malati nelle R. Cliniche.

In merito alla quistione sulla lotta elettorale con rappresentanti di classe a mezzo della costituzione di un Partito Sanitario, il Consiglio ha espresso il parere che non la sola politica sanitaria, e meno ancora quella di classe, possa dar vita ad un partito, e ritiene piuttosto essere criterio di pratica attuazione appoggiare nelle lotte elettorali i medici inclusi nelle liste dei rispettivi partiti ed in genere quei candidati che si impegnino di sviluppare un'efficace politica sanitaria ed una seria tutela degli interessi della classe medica.

Il Consiglio si è dichiarato favorevole alla proposta di dare la massima pubblicità alle punizioni disciplinari inflitte dagli Ordini.

In seguito ad un esposto del prof. Diez, illustrato dai Consiglieri Dragotti e Zevi, si dà mandato al Presidente di fare pratiche con la Direzione della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali perchè negli elenchi dei medici fiduciari del detto istituto siano compresi i medici di ruolo delle Ferrovie dello Stato e degli Istituti Assicuratori autorizzati dalla Legge.

Sono state prese infine varie deliberazioni in merito a quistioni deontologiche, a tassazioni di perizie e di altre prestazioni mediche.

All'Ordine dei medici di Venezia.

L'Ordine dei Medici di Venezia in seduta di Consiglio del 26 novembre ha deliberato quanto segue:

«procedere alla compilazione di un *Albo dei Medici specialisti*. A tale scopo stabilisce di richiedere ai colleghi che vogliano mantenere od assumere la qualifica e l'esercizio di medico specialista, i documenti di prova; di procedere in via disciplinare contro gli inadempienti e gli abusivi;

«riafferma il principio contenuto nell'art. 2 del Codice Deontologico in vigore, per cui deve ritenersi specialista solo colui che avendo i requisiti specifici, abbia rinunciato completamente all'esercizio di tutte le branche della medicina e chirurgia, eccettuata la propria».

«Constatato come viga nella Città di Venezia e nella provincia l'abitudine di conferire incarichi sanitari per lungo tempo, talvolta di anni, sottraendoli al doveroso vaglio di *regolari concorsi;* rilevato che simili incarichi a lunga scadenza van-

no in conclusione a costituire diritti indebitamente acquisiti; richiama l'attenzione dell'Autorità amministrativa della Città e Provincia di Venezia perchè sia troncata la non regolare procedura. con l'emissione dei bandi di concorso per i posti tuttora vacanti ».

« Ritrovando nel fatto che alcune Farmacie hanno annessi ambulatori medici una patente violazione della Legge, in quanto è vietato qualsiasi rapporto, sia pure indiretto, d'interesse fra medici e farmacisti; rilevando che l'esercizio medico presso gli *ambulatori gestiti da farmacisti* si risolve in realtà in una pressione che viene pur tacitamente esercitata sul cliente perchè questo acquisti i medicinali presso le farmacie proprietarie degli ambulatori: affermando che siffatto esercizio medico espone il professionista a favorire anche involontariamente questo piuttosto che quel farmacista; in conformità dello spirito e della lettera dell'art. 54 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 1º agosto 1907, n. 636; fa divieto a tutti i medici-chirurghi inscritti nell'Albo di Venezia di esplicare la propria funzione di Sanitari presso ambulatori annessi a farmacie o gestiti direttamente o indirettamente da farmacisti ».

Le Amministrazioni ospedaliere e l'assicurazione malattie.

Il Comitato Permanente delle Amministrazioni Ospitaliere d'Italia si è radunato negli Uffici di Amministrazione degli Ospedali Civili di Bologna per discutere il problema dell'Assicurazione Obbligatoria delle malattie, nei riguardi della autonomia delle Opere Pie e del finanziamento necessario, per assicurare la regolare funzione Ospitaliera. Dopo una chiara ed esauriente relazione del dott. Minguzzi — Presidente degli Istituti Ospitalieri di Milano — e dopo discussione venne approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Comitato Permanente delle Amministrazioni Ospitaliere d'Italia ed i rappresentanti della Federazione fra gli Istituti Ospitalieri delle Tre Venezie e della Associazione fra le Istituzioni Pubbliche di beneficenza della Città e Provincia di Torino; richiamando il voto già formulato nel convegno di Firenze del 20 marzo p. p. perchè l'Assicurazione delle malattie divenga legge dello Stato, affermano in modo assoluto il loro proposito di opporsi con tutti i mezzi alla soppressione degli Enti Ospitalieri e della loro autonomia giuridico-amministrativa-sanitaria e finanziaria, gravemente minacciate dal progetto di legge della Commissione Ministeriale, e chiedono che, prima di presentare progetti di legge in proposito al Parlamento, siano sentite nelle loro osservazioni e proposte le amministrazioni Ospitaliere attraverso il loro Comitato permanente, e che rappresentanti delle Amministrazioni Ospitaliere designati dal Comitato stesso siano chiamati a far parte delle eventuali Commissioni di studio e di preparazione dei progetti stessi ».

Congresso delle Assicurazioni sociali a Sassari.

Il 23 ottobre si è chiuso a Sassari il Congresso delle Assicurazioni sociali indetto dai due istituti di previdenza sociale della Sardegna. Il Congresso fu presieduto dal gr. uff. avv. Francesco Falciani, cui si deve tutta la legislazione sulla assicurazione invalidità e vecchiaia. Alceste Lanzoni trattò dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione involontaria e contro la invalidità e vecchiaia, della quale ha messo in rilievo i benefici pur riconoscendone i difetti, che si tende a emendare. Il prof. Biondi si occupò dell'assicurazione contro le malattie, che dovunque ha preceduto le altre forme di assicurazione sociale e darà forse luogo alla auspicata soluzione della unicità della quota e della tessera di assicurazione, riforma che, sveltendo il sistema amministrativo delle assicurazioni obbligatorie, costituirà la più efficace propulsione alla completa applicazione delle benefiche leggi. Seguì una brillante discussione col prof. Pisenti. Il prof. Pirodda s'intrattenne sulla mutualità scolastica. Il prof. Pisenti illustrò le finalità sociali delle assicurazioni; mise poi in rilievo l'opera che la Cassa Nazionale ha svolto a pro' della Sardegna.

NOTIZIE PARLAMENTARI.

Per la lotta contro la malaria ed il gozzo endemico.

Nella tornata del 26 novembre del Senato del Regno il prof. Foà ha richiamato l'attenzione del ministro dell'Interno sulla necessità d'intensificare la lotta contro la malaria in Sardegna, regione estesa quanto la Sicilia, ma cinque volte meno popolata ed in cui l'attività produttiva non può manifestarsi secondo il valore naturale della popolazione, sovratutto perchè malarizzata. Oggi vi difetta persino la chinina!

Ha pure rilevato i successi avutisi in Svizzera con la vendita di sale da cucina aggiunto di minime quantità di ioduro potassico, per la lotta contro il gozzo endemico, ed ha sollecitato il ministro dell'interno ad adottare lo stesso mezzo semplice ed economico nelle nostre regioni gozzogene, le quali sono molto più estese di come non si creda.

Per la celebrazione del medico caduto in guerra.

Riporto (vedi fasc. 50) . . . L. 23,083 —

(ROMA):

Sott. Rollo . . . » 60 —
Cap. Indri . . . » 100 —
Cap. Pilella . . . » 87 —
Ten. Arbore . . . » 65 —
Cap. Properzi Curti . . . » 100 —
Cap. Zuddas . . . » 76 —
Ten. Laino . . . » 50 —
Prof. Garibaldi . . . » 30 —
Dott. Galanti . . . » 25 —
Dott. B. Bombelli . . . » 25 —
Dott. Balducci . . . » 10 —
Dott. Capozzi . . . » 25 —
Dott. Brizi . . . » 15 —
Sott. Baiola . . . » 60 —
Cap. Gonzales . . . » 90 —
Cap. Lo Presti . . . » 87 —
Cap. Dattilo . . . » 90 —
Magg. Cambise . . . » 100 —
Magg. Frisoni . . . » 100 —
Magg. Turilli . . . » 100 —
Cap. Sperapani . . . » 85 —
Dott. Iraci . . . » 20 —
Prof. Bastianelli Giuseppe . . . » 150 —
Dott. Bertini . . . » 15 —
Prof. Bastianelli Raffaele . . . » 100 —
Prof. Fiori Ratti . . . » 80 —
Dott. Cicchetti . . . » 25 —
Ten. Col. Castoldi . . . » 100 —
Sott. Turbacci . . . » 70 —
Dott. Anselmi . . . » 10 —
Cap. Biscossi . . . » 80 —
Magg. Criscione . . . » 100 —
Magg. Romano . . . » 100 —
Magg. Perilli . . . » 100 —
Cap. Lepri . . . » 100 —
Ten. Col. Casagrandi . . . » 100 —
Ten. Agostini . . . » 60 —
Magg. Lucci . . . » 100 —
Ten. Lobianco . . . » 70 —
Ten. Tarquini . . . » 65 —
Dott. Antonucci . . . » 50 —
Magg. De Berardinis . . . » 100 —
Ten. Montini . . . » 70 —
Magg. Del Vasto . . . » 200 —
Cap. Colajanni . . . » 80 —
Ten. Samonati . . . » 80 —
Ten. De Barbieri . . . » 60 —
Cap. Guerra . . . » 100 —
Dott. Maurea . . . » 20 —
Magg. Conciatore . . . » 100 —
Ten. Col. Mariotti-Bianchi . . . » 100 —
Magg. Sinari . . . » 100 —
Cap. Mosca . . . » 90 —
Ten. Di Lorenzo . . . » 70 —
Dott. Secreti . . . » 50 —
Dott. Crainz . . . » 50 —
Dott. Fabbrizi . . . » 65 —
Ten. Ferraloro . . . » 70 —
Magg. Graziola . . . » 100 —
Cap. Gallo . . . » 90 —
Cap. Rummo . . . L. 90 —
Cap. Mezzetti . . . » 90 —
Cap. Graziani . . . » 90 —
Cap. Serra . . . » 90 —
Cap. De Cesare . . . » 90 —
Col. Mennella . . . » 100 —
Dott. Mancini . . . » 50 —
Prof. Campeggiani . . . » 50 —
Br. Gen. Gerundo . . . » 100 —
Sott. Calcagni . . . » 60 —
Sott. Garofali . . . » 65 —
Ten. Fedele . . . » 70 —
Ten. Col. Ciaurri . . . » 110 —
Cap. Ciotola . . . » 90 —
Magg De Carris . . . » 100 —
Magg Rizzo . . . » 100 —
Cap. Bizzarri . . . » 85 —
Cap. Argentina . . . » 90 —
Ten. Pandolfi . . . » 70 —
Sott. Cannizzo . . . » 60 —
Ten. Col. Casarini . . . » 110 —
Magg. Gangi . . . » 100 —
Magg. Gallotti . . . » 100 —
Cap. Piacentini . . . » 80 —
Cap. Macedonio . . . » 80 —
Cap. Corso . . . » 80 —
Cap. Graziano . . . » 90 —
Magg. Zaffiro . . . » 100 —
Magg. Balestra . . . » 100 —
Cap. Scalfati . . . » 90 —
Sott. Sacchetti . . . » 70 —
Dott. Felici . . . » 30 —
Dott. Villa . . . » 100 —
Magg. Marulli . . . » 100 —
Magg. Cammarata . . . » 100 —
Cap. Sangiovanni . . . » 100 —

(BARI):

Dott. Caradonna . . . L. 10 —
Dott. Belsanti . . . » 20 —
Dott. Consorti . . . » 20 —
Dott. Attimonelli . . . » 15 —
Dott. Cannone . . . » 15 —
Dott. Antolini . . . » 15 —
Dott. Chieppa . . . » 20 —
Dott. Danese . . . » 20 —
Dott. Cicco . . . » 20 —
Dott. Di Corato . . . » 20 —
Dott. Losito Nicola . . . » 20 —
Dott. Fortunato . . . » 20 —
Dott. Leonetti . . . » 20 —
Dott. Ieva . . . » 20 —
Dott. Losito Egidio . . . » 15 —
Dott. Adduasio . . . » 15 —
Dott. Mandel . . . » 20 —
Dott. Marinucci . . . » 14 —
Dott. Marchio . . . » 15 —
Dott. Merra . . . » 20 —
Dott. Mazzoni . . . » 10 —
Dott. N. N. . . . » 10 —
Dott. Perchimunno . . . » 5 —
Dott. Pellegrino . . . » 20 —
Dott. Reibaldi . . . » 10 —
Dott. Reitani . . . » 10 —
Dott. Rinaldi . . . » 10 —

Dott. Sperone	L.	15 —
Dott. Terenzio	»	5 —
Dott. Traversi	»	5 —
Dott. Venturelli	»	20 —
(VERONA):		
Ten. Col. Trovanelli	L.	120 —
Magg. Pellegrini	»	100 —
Magg. Fiorini	»	100 —
Magg. Fierro	»	100 —
Magg. Cantafora	»	100 —
Cap. Girardi	»	80 —
Cap. Cosentino	»	80 —
Sap. Lepore	»	80 —
Cap. Scarpieri	»	80 —
Cap. Canepa	»	80 —
Cap. Fiore	»	80 —
Cap. Muriald	»	80 —
Cap. Rouga	»	80 —
Ten. Ferri	»	70 —
Ten. Urtoler	»	70 —
Ten. Arachi	»	70 —
Cap. Cavalieri	»	80 —
Sott. Morandi	»	25 —
Cap. Calapano	»	80 —
Cap. Bertolucci	»	80 —
Cap. Cazzaroli	»	80 —
Cap. Ferretti	»	80 —
Ten. Cola	»	70 —
Magg. Pomini	»	100 —
Magg. Fusi	»	100 —
Ten. Col. Camboni	»	120 —
Dott. Bignami	»	50 —
Dott. Vergani	»	25 —
Dott. Zani	»	25 —
Dott. Donini	»	25 —
Dott. Pezzini	»	25 —
Dott. Fiorini	»	50 —
Dott. Mosconi	»	25 —
Dott. Chiappari	»	25 —
Dott. Mazzolari	»	50 —
Dott. Dobelli	»	25 —
Dott. Cappello	»	25 —
Dott. Maffezzoni	»	10 —
Dott. Cappi	»	10 —
(TRIESTE):		
Dott. Pastrovich	»	20 —
Dott. Rocco	»	25 —
Dott. Brunetti	»	20 —
Dott. Ferrari	»	25 —
Dott. Thorel	»	10 —
Dott. De Leo	»	10 —
Dott. Spinelli	»	10 —
Dott. Weiss Edoardo e Dott.ª Weiss Vanda	»	25 —
Dott. Feruglio	»	25 —
Dott. Biasoli	»	20 —
Dott. Cofler	»	20 —
Dott. Eppinger	»	20 —
Dott. Iellersitz	»	20 —
Dott. Mahrer	»	25 —
TOTALE	L.	33,837 —

(*Continua*).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APECCHIO (*Pesaro*). — Due cond.; scad. 31 dic.; L. 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 1500 disag. residenza, c.-v.; L. 800 al medico del capol. per uff. san. e direzione ospedale.

BARDINETO (*Genova*). — Scad. 20 dic. L. 5000 (*sic*) più L. 500 uff. san., L. 600 (*sic*) cav., c.-v.

BIANZONE (*Sondrio*). — Proroga 20 dic. Accordato doppio c.-v.

BRONI (*Pavia*). — Medico direttore Ospedale. Scad. 31 dic. L. 6000 e 4 quadr., c.-v.; età massima 44. Pratica quinquennale; titoli teorici e pratici di radiologia, ecc.

CANTIANO (*Pesaro*). — A tutto il 31 dic. 1ª cond. Vedi fasc. 50.

CASALETTO LODIGIANO (*Milano*). — Con Salerano sul Lambro. L. 6000 oltre L. 2000 complement., L. 2000 trasp., L. 500 uff. san., doppio c.-v., addizion. L. 2 oltre 1000 pov., quinquenni. Scad. 20 dicembre.

CASERTA. *R. Prefettura*. — La scadenza dei concorsi a ufficiale sanitario per 11 Comuni (v. fascicolo 29), è prorogata alle ore 12 del 15 febbraio 1923. È revocato il concorso per il posto di uff. sanit. di Fondi. È bandito il concorso al posto di uff. sanit. in Gaeta; indennità annua di L. 3000; scadenza ore 12 del 15 febbraio 1923.

CASTELLETTO PO (*Pavia*). — Cons. con Branduzzo. A tutto 20 dicembre. Residenziale L. 6500, per il 20 % popolazione povera L. 1000 addizionali, lire 5 ogni povero in più, L. 1000 mezzo trasporto generico; L. 300 uff. san.; L. 300 ambulatorio. Assunzione entro due mesi dalla partecipazione ufficiale della nomina. Corrispond. richieste della Sezione Pavia-Voghera A. N. M. C., immune da diffida.

CITTADELLA (*Padova*). — Reparto C. Scad. 23 dic. L. 7200; oltre 1000 pov. L. 2, c.-v., trasp. secondo il capitol., 8 trienni vent. Casa fino a nov. 1923 per L. 1000. Proroga se non si verifica un sufficiente numero di concorrenti (*sic*). Assunz. serv. subito dopo comunicata la nom. (*sic*). Ab. 2600, poveri 800 circa, altri 2 med., 1 chirurgo per l'intero Comune.

CORCIANO (*Perugia*). — A tutto il 25 dic. Vedi fasc. 50.

FORMIA (*Terra di Lavoro*). — Staz. climatica. Ab. 10,279. L. 6000 e quinquenni dec. Scad. ore 12 del 31 dic. Età lim. 44, salvo per chi abbia prestato o presti servizio in altre condotte o in Ospedali. Accettaz. entro 5 g., servizio entro 30.

JOLANDA DI SAVOJA (*Ferrara*). — Scad. 29 dic. Due cond. L. 7400 e due c.-v., L. 4000 se cav., L. 2000 se mezzo a traz. meccanica, L. 150 ambulat., indenn. all'uff. san.

LAMA DEI PELIGNI (*Chieti*). — Ab. 4050 di cui circa 250 pov. L. 4500 (*sic*) stip., L. 500 uff. san., L. 1500 cav., 4 quinq. decimo. Scad. 31 dic. Documenti alla Prefettura, che apre il conc. d'ufficio.

Longone Sabino (*Perugia*). — Scad. 20 dic.; capoluogo e 3 fraz.; L. 6000 e quinquenni dec., due c.-v., L. 1000 disag. resid.; L. 100 (*sic*) uff. san.; L. 3000 cav.

Mariano Comense (*Como*). — Scad. 31 dic. Vedi fasc. 50.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Medico primario pediatra; titoli od esami o titoli ed esami; L. 7600; istanze e docum. al Protocollo (via Ospedale, 5) non oltre le ore 16 del 31 genn. 1923. Età limite 44. Chiedere annunzio.

Montegallo (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 genn. L. 6500 per 1000 pov., L. 2.50 addiz., L. 500 uff. san., L. 2500 cav., c.-v., età limite 40.

Morfasso (*Piacenza*). — A tutto il 20 dicembre; L. 6500 e 5 quadr. decimo; L. 3000 per 1000 pov.; addiz. L. 2.50; L. 3000 cav.; L. 4000 ambulat.; lire 650 uff. san.; c.-v. Trattative in corso con la Sez. Piacentina M. C. per l'ind. c.-v. cav. (L. 2000).

Napoli. *Società Napoletana Antitubercolare.* — Aiuto medico nei dispensarî della Società, con lire 2400; nomina triennale e conferme annue. Laurea da un triennio; età massima anni 40. Titoli e prove (clinica, di laboratorio e orale sulla profilassi della tubercolosi). Iscrizione Ordine; documenti soliti. Scad. 20 dicembre. Segreteria della Società: Porticato Galleria Principe di Napoli, 9.

Piòbbico (*Pesaro*). — Scad. 25 dic. L. 7000 e 5 quadr. decimo, più L. 1500 disag. resid., doppio c.-v., L. 100 ogni mille abit. per uff. san.; non obbl. cav.

Prata d'Ansidonia (*Aquila*). — L. 6000 medico, L. 500 uff. san., L. 2000 cav. Età lim. 40. Iscriz. Ord. Serv. entro 15 g. Scad. 30 g. dal 6 dic.

G. Gallo (*Bergamo*). — Consor. Scad. 26 dic. L. 8000; mezzi trasp. L. 2100; uff. san. L. 500; disag. resid. L. 2000. Montagna. Ab. 3855; pov. 858.

S. Pietro Avellana (*Campobasso*). — A tutto il 31 dic. Età limite 39. Iscriz. albo. L. 3500 (*sic*) lorde e 4 quinq. decimo; doppio c.-v. Certificato di sanità fisica e mentale (*sic*). Capacità nelle diverse branche, ecc.

Vicenza. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario medico capo del Comune di Vicenza. L. 12,000, oltre indenn. di carica L. 2000 e indenn. temporanee c.-v., aumenti triennali. Scad. 31 dic. Per schiarimenti rivolgersi alla Prefettura.

Medico-chirurgo, praticissimo condotte, si presterebbe per supplenze o assumerebbe interinato. Scrivere al sig. Franco, Piazza della Pilotta, 31, Roma (1).

Avvertenza. — Prima di partecipare a qualsiasi concorso raccomandiamo di prendere visione ne «La Federazione medica» o nel «Medico Condotto» dell'elenco completo delle diffide e dei boicottaggi.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Benna-Verrone-Maspezza (Novara).

Revoca di diffide: Berbenno (Sondrio), Abbairate, Casaletto-Salerano (Milano), S. Fedele Intelvi (Como), blocco della prov. di Pesaro.

Concorsi a premio.

Fondazione Maggi.

È aperto presso l'Università di Roma il concorso a quattro premi della Fondazione Maggi, tra i Laureati della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nati o domiciliati nella Provincia di Roma e che abbiano conseguita la Laurea di Medicina e Chirurgia in detta Università dal 12 ottobre 1921. Materie del concorso sono: la Clinica medica, la Psichiatria, l'Oto-rino-laringoiatria, l'Anatomia patologica; si potrà concorrere per una sola materia. Scad. ore 12 del 26 dic. Esperimento scritto e orale. Assegno di L. 166,66 mensili per la durata di due anni. Chiedere avviso alla Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nelle Università.

Il C. S. della P. I. ha approvato gli atti dei concorsi alle seguenti cattedre:

Patologia speciale medica a Parma; riusciti: Ferrata, D'Amato.

Il terzo non è stato designato dalla Commissione: il Consiglio Superiore ha espresso parere che venga completata la terna, sottoponendo a prova d'esame quelli in discussione per il 3° posto, giusta la deliberazione della Commissione stessa.

Clinica e patologia medica a Sassari; riusciti: Pende, Cesa-Bianchi, Lafranca.

Medicina legale a Modena; riusciti: Lattes, Pellegrini, Cazzaniga, Romanese.

Negli Ospedali.

L'Amministrazione Municipale di Palermo aveva nello scorso agosto indetto un concorso per medico specialista urologo del Servizio sanitario comunale. La Commissione era composta, oltre che dello assessore d'Igiene, comm. A. Ballerini, dei proff. Tricomi, direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Palermo; Dionisi, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica; Carapelle, direttore dell'Ufficio d'igiene municipale e Paladino, Medico provinciale.

È risultato primo ad unanimità di voti e col massimo assoluto dei punti (50 su 50) il prof. dott. Tebaldo Cimino, che è stato perciò dichiarato vincitore del concorso. Rallegramenti.

Il dott. Enrico Clerici, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, è insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia, per benemerenze professionali e filantropiche.

Al dott. Gabriele Goglia da Napoli è stata assegnata la Croce al merito di guerra con motivazione lusinghiera.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Albo d'Oro ai medici morti in guerra.

L'Albo d'oro in onore dei medici morti in guerra sarà finalmente una realtà. L'iniziativa, doverosa e santa, presa dall'illustre prof. Silvagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici in Italia, e dal Comitato costituitosi a Padova sotto la Presidenza del dott. Zambler, trova la cooperazione ed attuazione nel Comitato per la Celebrazione del Medico Caduto in Guerra, che avrà luogo, in forma solenne e quasi mistica, in Firenze, nel 1923.

Parte del prezioso materiale biografico e fotografico, raccolto, con vera religione di amore, dallo stesso prof. Silvagni, è stato da lui stesso, in questi giorni, consegnato al gen. med. Della Valle, direttore generale della Sanità Militare, ed al gen. Santucci.

Sono stati presi tutti gli accordi affinchè la pubblicazione sia veramente degna dell'alto significato umano e patriottico della figura del Medico che per far vivere morì egli stesso.

Gabriele D'Annunzio, nell'ardore della sua fede immortale, scriverà la prefazione ove «la sua luce intellettuale piena d'amore» illuminerà i mille episodi dell'eroismo sconosciuto, perchè il Medico morto trovi oltre il tempo e lo spazio, la sua giusta irradiazione di gloria. Il volume sacro sarà offerto il giorno dell'inaugurazione del monumento alle madri, alle mogli, ai figli che da quattro anni attendono, senza lacrime e senza pianto.

I familiari e quanti sono a conoscenza di fatti caratteristici riguardanti i medici morti sono pregati di comunicarli, come pure sono pregati di inviare fotografie e dati biografici al Segretario Generale del Comitato Ordinatore, dott. Federigo Bocchetti, Direttore Sanatorio Militare - Anzio.

Corsi di perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica.

Presso la Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Roma al Policlinico Umberto I, si terranno due Corsi trimestrali di Perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica: il 1° Corso dal 13 gennaio alla fine di marzo; il 2° dal 1° aprile alla fine di giugno. Sono ammessi i laureati di Università estere. Tassa di L. 300.30; sopratassa di L. 79,20; per il diploma L. 21,00. Le iscrizioni si ricevono fino a raggiungere il numero di 25 per ogni Corso.

Corso di perfezionamento in malattie chirurgiche degli organi urinari.

Avrà luogo presso la Clinica Chirurgica di Roma al Policlinico Umberto I. Si inizierà il 6 febbraio e durerà sino all'8 aprile. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. Alessandri, Bonanome, Egidi, Cassuto, Dominici, Leotta, Bianchini. I proff. R. Bastianelli e O. Margarucci daranno settimanalmente illustrazioni di casi clinici seguiti dalle operazioni relative. Sono ammessi i laureati di Università estere. Tassa di L. 300.30; sopratassa L. 79.20; per il diploma L. 21.00. Le iscrizioni si ricevono fino al 13 gennaio.

Corso di perfezionamento in Medicina del Lavoro.

Presso gli Istituti di Clinica Medica, di Patologia medica, di Igiene e di Medicina Legale della R. Università di Roma, sotto la direzione dei proff. Ascoli, Ottolenghi, Sanarelli e Zeri, e sotto gli auspici e col concorso dei Ministeri del Lavoro e della Guerra, della Croce Rossa, del Comune di Roma e della Cassa Nazionale Infortuni sul Lavoro si svolgerà per l'anno accademico 1922 e 923 un Corso di perfezionamento, che avrà lo scopo di preparare i medici ai nuovi compiti medico-sociali del lavoro, presso Uffici del lavoro, Stabilimenti industriali, Istituti d'assicurazione, Ferrovie dello Stato, Contenziosi medico-legali, Uffici giudiziari, ecc., per quanto riguarda la Fisiologia, la Psicologia, la Patologia, l'Igiene, la Legislazione e la Medicina legale del Lavoro. Il Corso si svolgerà con lezioni, dimostrazioni ed esercitazioni pratiche e conferenze. Gl'insegnamenti saranno impartiti dai proff. Zeri, Ranelletti, Sanarelli, Puntoni, Loriga, Diez, Ascarelli, Ottolenghi, Bellussi; saranno tenute conferenze dai proff. Baglioni, S. De Sanctis, Alessandri, Ascoli, Bignami, Levi, Marchiafava, Mingazzini, Pestalozza, Pisenti, G. Calamanni, F. Bargoni. Il corso avrà principio il 15 gennaio 1922 e durerà tre mesi. Dopo prove di esame sarà rilasciato un diploma di perfezionamento. Sono ammessi i laureati di Università estere. Domanda al Rettore non più tardi del 15 gennaio, corredata della quietanza di L. 250.30, rilasciata dall'Economo; si dovranno pure versare alla Cassa universitaria L. 79.20 per sopratassa d'esami, esercizi di laboratorio, bollo e indennità; per ritirare il diploma, gli interessati dovranno in seguito presentare domanda e versare alla Cassa universitaria L. 21.

Corso di perfezionamento in Idrologia.

Il Corso di perfezionamento di Idrologia, Radiologia e Terapia Fisica, che si terrà nella R. Università di Napoli, da noi già annunziato, avrà principio il 20 gennaio 1923.

Il Ministero del Lavoro e le assicurazioni contro gli infortuni.

In questi giorni il senatore Ferrero di Cambiano e il gr. uff. avv. Foscolo Bargoni, rispettivamente presidente e direttore generale della Cassa Nazionale Infortuni, presentati con parole lusinghiere dal direttore generale della Previdenza sociale, gr. uff. Calamani, furono ricevuti da S. E. il Ministro per il Lavoro e la Previdenza sociale, on. Cavazzoni, e da S. E. il Sottosegretario di Stato, on. Gay, e li intrattennero sull'ordinamento dell'Istituto che è andato svolgendo in tutta Italia la propria organizzazione amministrativa e sanitaria per l'applicazione delle leggi assicurative contro gli infortuni industriali ed agricoli.

Tanto il Ministro che il Sottosegretario di Sta-

te si mostrarono perfettamente informati dell'opera sagace della Cassa Nazionale Infortuni che ha seguito nell'applicazione della vigente legislazione criteri di sano decentramento non disgiunto da una economica gestione.

Trattando dell'onere dell'assicurazione contro gli infortuni agricoli i rappresentanti del Governo assicurarono che l'argomento sarà sollecitamente esaminato apportando alla vigente legge quelle modificazioni, suggerite dall'esperienza di un quadriennio e dagli esaurienti studi fatti dalla Direzione generale della Previdenza, che consentiranno di rendere questa provvidenza sociale più aderente alle reali necessità dell'economia agricola.

Le Borse di Studio presso le Cliniche del Lavoro.

La Commissione presso il Ministero del Lavoro ha giudicato i concorrenti (quarantasei) alle borse di Studio presso le Cliniche delle malattie del lavoro in Milano e in Napoli, riconoscendo meritevoli i dottori G. Ajello, G. Meda ed E. Sereni per la Clinica di Milano, ed E. Coppa, A. Perrini e Maria Zauli per quella di Napoli.

La Commissione ha espresso viva soddisfazione per l'esito del concorso e formulato il voto che simili concorsi possano ripetersi annualmente, imprimendo nuovo impulso agli studi di medicina del lavoro.

All'Istituto Coloniale Italiano.

Il 5 corr., alla presenza del sottosegretario alle Colonie e di altre autorità, il sen. prof. Sanarelli, ha inaugurato i Corsi organizzati dall'Istituto Coloniale Italiano trattando il tema « I misfatti coloniali dell'alcool ».

Visione cinematografica.

Innanzi ad una densa folla di medici invitati dall'assessore per l'igiene del Comune di Roma, nei locali del Museo Igienico didattico annesso all'Ufficio d'Igiene (via Galilei), si è svolta, il 1º dicembre, una interessante visione cinematografica col seguente programma: Le scuole all'aperto del Comune di Roma; Le malattie veneree (*film* della Lega internazionale delle Croci Rosse); il parto normale e patologico; Atti operativi.

Il prof. Gualdi, ufficiale sanitario del Comune, premise una breve conferenza, in cui dimostrò l'importanza assunta dalla cinematografia in altri paesi, per la propaganda igienica e per l'insegnamento scientifico e clinico, ed auspicò che in Italia questa importante ed utilissima risorsa venga pure finalmente applicata su larga scala.

In età di 74 anni, è morto, l'ottobre scorso, il grande embriologo prof. OSCAR HERTWIG, direttore dell'Istituto anatomico biologico dell'Università di Berlino.

Non vi è cultore di discipline biologiche che non conosca le importanti sue ricerche, nel campo dell'embriologia e dell'anatomia microscopica e della biologia generale, ricerche compendiate in trattati ormai classici e tradotti in tutte le principali lingue d'Europa. Ma forse ai più rimane ignorato che tutta la concezione moderna della formazione dell'equivalenza dei due pronuclei nell'atto della fecondazione, dell'importanza grande che hanno i cromosomi nell'estrinsecare le proprietà ereditarie, che la stessa legge della costanza del numero dei cromosomi nelle singole specie, è frutto delle geniali osservazioni di Oscar Hertwig, eseguite principalmente studiandole sulle varie tappe della fecondazione e della segmentazione dell'uovo di riccio di mare.

Come nei primi anni in collaborazione col fratello minore Riccardo, attualmente professore di Zoologia nell'Università di Monaco, egli aveva dato un'impronta veramente geniale alle ricerche sui foglietti germinativi; così in questi ultimi anni, in collaborazione coi propri figli Günther e Paola, Oscar Hertwig ha portato notevoli contributi sulle malformazioni che avvengono durante lo sviluppo, quando uova e larve di anfibi sono sottoposti all'azione di sostanze radioattive.

Non va trascurata infine l'opera di Oscar Hertwig nel campo della biosociologia. I suoi ultimi libri sono un tentativo di dare un'idea della struttura sociologica dello stato, partendo dai dati e dalle cognizioni biologiche.

CESARE ARTOM.

Si è spento ad Acireale, in età di 40 anni, il magg. medico GIAMBARTOLO ROMEO MARONE, il quale aveva fatta la campagna libica e quella europea, riportando numerose decorazioni. Côlto, intelligente, di animo nobile e sincero, aveva saputo cattivarsi la stima degli amici e di quanti lo conoscevano.

SCIONTI MANGANI.

☛ *INTERESSANTE:*

Nel Fascicolo del 1º gennaio 1923 della nostra *Sezione Medica* pubblicheremo:

Prof. E. MARCHIAFAVA e A. NAZARI.

La malattia di TAKE JONESCO

(Aortite ulcerosa tifica)

Il lavoro è illustrato da una figura nel testo, da tabelle grafiche e da una duplice tavola a colori, fuori testo.

Le malattie del cuore e dei vasi

Ci è grato di presentare il programma per il prossimo anno 1923.

Chiunque faccia l'esame dell'Annata che si chiude con questo fascicolo sarà soddisfatto, anzi quasi sorpreso, per il numero e per la qualità delle memorie contenute. Le più nuove ed importanti questioni vi si trovano svolte, e non sotto forma di riviste *di lavori stranieri, ma in* memorie originali *ricche del contributo di osservazioni personali. Un gran passo avanti hanno fatto gli studi di cardiologia in Italia. In parecchi istituti, ed in molte cliniche, la cardiologia è oggetto di predilezione per parte di competenti specializzati.*

Noi presumiamo di avere contribuito con il nostro periodico allo sviluppo di questa branca della medicina, e siamo — e saremo — orgogliosi di diffondere all'estero i contributi di tutte, senza distinzione, le scuole italiane.

Se un giornale di cardiologia non esistesse, bisognerebbe ormai fondarlo, onde raccogliere insieme e documentare la magnifica e seria produzione italiana. Derivando da tali fonti il proprio materiale, il nostro periodico non teme il confronto dei periodici congeneri che ogni nazione civile possiede.

Con la scelta severa delle memorie originali e con l'avveduta selezione dei lavori che riassume, il giornale « Le Malattie del cuore » *dà la misura dei progressi della cardiologia in Italia e diffonde tra i medici pratici la coltura e l'amore per quest'appassionante argomento.*

In un alto interesse la cardiologia accomuna i biologi e i medici pratici. Non è mancato al nostro periodico l'appoggio nel suo primo periodo, nel periodo dell'incertezza; deve continuare e crescere ora ch'esso s'è solidamente affermato tra noi e all'Estero.

LA REDAZIONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Med., 1° sett. — P. BIFFIS. Sulla medicazione diuretica. — A. CECONI. Vecchio e nuovo nella dietetica del diabete zuccherino.

Deut. Mediz. Wochens., 1° sett. — E. BÜRG. Valore terapeutico della clorofilla. — R. MATTHAEI. Eccitabilità e durata dell'eccitamento del sistema nervoso centrale. — M. MARCUSE. Orgasmo senza eiaculazione. — M. v. FALKENHAUSEN. Patogenesi dell'ittero salvarsanico.

Il Lavoro, 31 agosto. — A. MORI. Deformazioni professionali dei vignaiuoli addetti alla ramatura.

Rassegna Intern. Clin. e Ter., agosto. — M. MAZZEO. Condizioni emotive dei traumatizzati di guerra. — O. NUZZI. Capsulotomia poplitea sottocutanea.

Le Scalpel, 9 settembre. — TANT. L'iodio colloidale nel trattamento della blenorragia.

Presse Méd., 13 sett. — H. ROGER e L. PORTUAL. Torcicollo spasmodico; mesocefalo e lesioni vertebrali.

Journ. de Méd. de Paris, 9 sett. — HELONIN. Sifilimetria di Vernes.

Pensiero Med., 2 sett. — I. CIVALLERI. La prova volontaria dell'apnea e la diagnosi precoce di tubercolosi polmonare.

Brazil-Medico, 19 ag. — O. N. DE A. ANTUNES. La prova di Katzenstein.

Lancet, 1à sett. — H. LETTERY TIDY. Dispituitarismo, obesità e infantilismo.

Deutsche Med. Wochens., 15 sett. — W. ROUX. Causa e condizione, legge naturale e regola. — B. v. KERN. Il positivismo filosofico. — O. HERTWIG. La legge dell'eredità. — B. NAUNYN. Forme pseudocristalline dei calcoli biliari. — A. HOCHE. Il dolore e il suo trattamento.

Münch. Med. Wochens., 15 sett. — E. PAYR. Trattamento dei cancri inoperabili con la soluzione di Pregl pepsinica. — B. FUCHS. Epidemia di trichina a Erlangen. — O. KIESS. Trattamento rapido del prurito.

Boston Med. à. Surg. Journ., 7 sett. — B. R. WHITCHER. Modificazioni del sangue nella leucemia mielogena in seguito a radiumterapia.

Medic. Italiana, ag. — G. GUERRINI. Infestioni zooparassitarie professionali. — G. MINGAZZINI. Rapporti fra neuropatie ed avitaminosi.

Minerva Med., 15 sett. — V. TADDEI. Schema leucocitario neutrofilo di Arneth nella polmonite. — P. MARIN. Genesi anepatocellulare dell'ittero da emolisi.

Malariologia, 31 ag. — G. ROSSI. I rapporti fra l'igiene e l'agricoltura.

Riv. crit. di Clin. Med., 5 ag. — B. BENVENUTI. Alterazioni del sangue nel morbo di Flajani-Basedow.

Riv. Sanit. Sicil., 15 sett. — V. FICI. Organizzazione e funzione dei sanatori nella lotta antitubercolare.

Presse Méd., 20 sett. — E. PERRIN e C. DUNET. L'appendicite tubercolare ipertrofica latente.

ARCHIVI.

Endocrinology, luglio. — F. A. HARTMAN. Rapporti tra capsule surrenali e attività muscolare. — S. WRIGHT. Natura e significato diagnostico della linea bianca surrenale.

Archivos de Méd., ecc., 26 agosto. — C. PIRQUET. Trattamento dietetico della tubercolosi infantile.

Radiologia Med., sett. — P. MAINOLDI. Ricerche sulla motilità gastrica con l'uso di due pasti opachi diversi.

Americ. Journ. Med. Sciences, sett. — G. R. SATTERLEE, J. W. DRAFER e H. A. COTTON. Infezione del sistema gastro-intestinale nei disordini generali. — L. A. AUSTER. Fisiologia della cistifellea. — G. L. ROHDENBURG, O. F. KREHBIL e A. BERNHARD. Modificazioni chimiche del sangue durante l'immunizzazione. — O. L. LEVIN e M. KAHN. Studi biochimici sulle malattie cutanee: l'acne volgare. — H. M. RICH. Ascesso polmonare acuto trattato col pneumotorace artificiale — P. W. ASCHNER. Importanza clinica dell'infarto asettico del rene.

Annali d'Igiene, ag. — M. PERGOLA. Ricerca del bacillo difterico nell'accertamento diagnostico. — N. PIETRAVALLE Natura delle reagine luetiche e principali cause di errore nella reazione di Wassermann. — A. SCALA. L'anafilassi e lo *choc* anafilattico.

Archivos de Med., Cir. y Espec., 23 sett. — G. LYON. La terapia antianafilattica.

Il Fascicolo 11 (1° dicembre 1922) della nostra **SEZIONE MEDICA**, contiene i seguenti lavori:

I. P. MINO: **Contributo alla conoscenza dell'atassia ereditaria.**

II. G. CALLIGARIS: **La funzione stenica e la malattia di Erb-Goldflam.**

III. G. MINGAZZINI: **Der Balken (Il Corpo calloso).**

Un fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA** e **CHIRURGICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Il Fascicolo 12 (15 dicembre 1922) della nostra **SEZIONE CHIRURGICA**, contiene i seguenti lavori:

I. O. MARGARUCCI: **Sulle cisti non parassitarie del fegato con particolare riguardo alle cisti neoplasiche solitarie (cistoadenoma uniloculare).**

II. P. MAROGNA: **Contributo allo studio delle alterazioni anatomo-patologiche di segment di intestino soprastanti ad una stenosi.**

III. B. POLETTINI: **Sulla legatura dell'arteria epatica del coniglio.**

IV G. BAGGIO: **Sui mezzi di continenza per l'ano artificiale.**

Un fascicolo di 60 pagine che gli abbonati alle sole **SEZIONI PRATICA e MEDICA** potranno ricevere subito inviando cartolina-vaglia di L. 5 al cav. Luigi Pozzi, Via Sistina 14, Roma.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXIX (*Sezione Pratica*).

Il fascicolo 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXX uscirà il 1° gennaio 1923.

Roma, 1922 — Tip. Cartiere Centrali. L. POZZI, ed. resp.

Pubblicazioni della nostra Casa per gli abbonati al "Policlinico„

Dott. Prof. FRANCESCO VALAGUSSA
MEDICO DELLA FAMIGLIA REALE - DIRETTORE E PRIMARIO DEL PREVENTORIO PER LATTANTI « E. MARAINI » MEDICO PRIMARIO NELL'OSPEDALE INFANTILE « BAMBINO GESÙ » - DOCENTE DI CLINICA PEDIATRICA NELLA REGIA UNIVERSITÀ DI ROMA

Consultazioni di CLINICA, DIETETICA E TERAPIA INFANTILE

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata, con prefazione di AUGUSTO MURRI

Prefazione dell'A. - Prefazione di A. MURRI - TOSSINFEZIONI ACUTE E CRONICHE - Morbillo- Malattia di Dukes o Quarto esantema - Varicella - Scarlattina - Pertosse - Difterite - Meningiti purulente - Infezioni tifose e paratifose - Broncopolmoniti - Polmonite crupale - Peritonite diplococcica - Infezioni settiche delle vie urinarie da "Bact. Coli„ - Poliomielite anteriore acuta - Tubercolosi - Meningite tubercolare - Rachitismo - Spasmofilia e tetania - MALARIA - NEFRITI ACUTE - STOMATITI - MALATTIE DEL TUBO GASTRO-INTESTINALE - Malattie della nutrizione - QUESTIONI DI DIETETICA INFANTILE: Alimentazione ed economia alimentare - Carenza alimentare ed anemia alimentare nel lattante - Alimentazione infantile e farine brevettate italiane - Latti condensati e latti in polvere - Tabelle dietetiche per bambini sani ed ammalati - Su di una Sala di allattamento infantile. — CARDIOPATIE CONGENITE. — CISTI DA ECHINOCOCCO. — MORBO MACULOSO DI WERLHOF. — TROMBOSI DEI SENI CEREBRALI. — SU DI ALCUNE QUESTIONI DI TERAPIA INFANTILE: Considerazioni sulla cura dell'eresipela - Elioterapia - Vaccinazioni alla Wright e vaccinoterapia: PREPARAZIONE E DOSAGGIO DEGLI AUTOVACCINI; ANTIGENOTERAPIA PARASPECIFICA; ANTIGENOTERAPIA ASPECIFICA CON PEPTOALBUMOSE **- Terapia medicamentosa - Medicamenti principali e posologia di essi - Indice.**

Riportiamo il giudizio che su questo volume, il Chiar.mo Prof. Carlo Comba ha consacrato nella sua RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA:

« Il libro del distinto pediatra romano è arrivato in pochi anni alla sua 3ª Edizione. Come dice il **Murri** nella bella prefazione, « basta già questo perchè i medici italiani si invoglino di leggerlo.
« Non è un Trattato e neppure una arida esposizione di fatti già noti. Il Valagussa prende argomento dai diversi capitoli sopra « malattie infettive, sopra sindromi dell'apparato digerente, del sistema nervoso, ecc., e sopra l'alimentazione del bambino e sopra la « terapia, per esporre in forma chiara non solo le questioni più moderne della patologia, della dietetica e della cura delle malattie « infantili, ma eziandio i risultati di una larga esperienza personale, dando alla sua esposizione sapore di originalità.
« È certo che gli studiosi delle malattie dei bambini (non soltanto i medici, ma anche gli studenti colti) leggeranno con piacere e con profitto il libro del prof. Valagussa, acquistando utili ammaestramenti per la loro cultura e per l'esercizio professionale.
« Questa interessante pubblicazione è stata particolarmente curata dalla Casa Editrice, che le ha dato una bella veste tipografica e l'ha ornata di numerose figure intercalate nel testo ».

Un volume in 8º di pag. VIII-496, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima *quatricromia* sulla copertina L. **36.**

Si è in questi giorni pubblicato:

PROF. COMM. GIACINTO QUARTA
GIÀ MEDICO AIUTO NEGLI OSPEDALI RIUNITI, LIBERO DOCENTE DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA NELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Come si assiste un malato?
Come si soccorre un ferito?

Guida pratica per infermieri ed infermiere.
Terza edizione accuratamente riveduta e notevolmente ampliata, con 104 figure intercalate nel testo.

Prefazione dell'autore:

Sollecitato da varie parti alla ristampa del mio volumetto « Vademecum dell'Infermiera » mi sono accinto di buon grado a rivedere il lavoro.

Ho creduto utile di modificarlo in alcune sue parti, e di aggiungere, *ex novo*, alcuni capitoli, che possono maggiormente interessare. L'alcoolismo, la sifilide, la tubercolosi sono le tre grandi piaghe dell'umanità, e mi è parso utile dare un certo sviluppo alla conoscenza di queste calamità per poterle meglio prevenire e curare.

Sono nozioni che non hanno alcuna pretesa di novità, e che ho voluto esporre in modo piano e facile, perchè possano venire comprese da tutti.

Ho pure voluto aggiungere un capitolo sulle più comuni malattie, proprie dell'infanzia, con il che mi pare si completino le poche nozioni già esposte nella precedente (seconda) edizione sull'igiene e sulla alimentazione della infanzia medesima.

Mi pare perciò che questa nuova edizione possa meglio intitolarsi:
Come si assiste un malato? Come si soccorre un ferito? (Guida pratica per infermieri ed infermiere).

Possa il nuovo volume ottenere la stessa fortuna, la stessa rapida diffusione dei precedenti. Sarò comunque grato a quanti vorranno leggerlo ed utilizzarlo nelle purtroppo frequenti contingenze di infermità nella vita.

Roma, ottobre 1922. GIACINTO QUARTA.

Un volume, nel formato della Collana Manuali del « Policlinico », di pag. VIII-327, con 104 figure intercalate nel testo; in commercio L. **18.** Per i nostri abbonati sole L. **14.75** in porto franco e raccomandato.

Per ottenere quanto sopra inviare cartolina-vaglia al Cav. LUIGI POZZI Via Sistina, 14 - ROMA